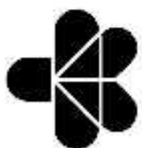
MODUL
BAHAN AJAR CETAK
KEPERAWATAN

KEPERAWATAN JIWA

» NS. Nurhalimah

DAFTAR ISI

PENGANTAR MATA KULIAH .... **vii**

BAB I: PERKEMBANGAN KEPERAWATAN JIWA **1**
Topik 1.
Perkembangan Keperawatan Jiwa Di Dunia Dan Di Indonesia **3**
Latihan 6
Ringkasan 6
Tes 1 7

Topik 2.
Konsep Dasar keperawatan Jiwa **9**
Latihan 20
Ringkasan 21
Tes 2 21

KUNCI JAWABAN TES **23**
DAFTAR PUSTAKA **24**

BAB II: TERAPI DALAM KEPERAWATAN JIWA **25**
Topik 1.
Terapi Modalitas Dalam Keperawatan Jiwa **27**
Latihan 34
Ringkasan 34
Tes 1 35

Topik 2.
Konsep Psikofarmaka **36**
Latihan 43
Ringkasan 43
Tes 2 44

Topik 3.
Peran Perawat Dalam Pemberian Psikofarmaka **45**
Latihan 51
Ringkasan 51
Tes 3 52

KUNCI JAWABAN TES **53**
DAFTAR PUSTAKA **54**

BAB III: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL: PENYALAHGUNAAN ZAT DAN ANSIETAS **55**
Topik 1.
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyalahgunaan Zat **57**
Latihan 65
Ringkasan 66
Tes 1 66

Topik 2.
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Ansietas **68**
Latihan 79
Ringkasan 79
Tes 2 80

KUNCI JAWABAN TES **82**
DAFTAR PUSTAKA **83**

BAB IV: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL: GANGGUAN CITRA TUBUH DAN KEHILANGAN **84**
Topik 1.
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Citra Tubuh **86**
Latihan 91
Ringkasan 92
Tes 1 92

Topik 2.
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kehilangan **94**
Latihan 101
Ringkasan 102
Tes 2 103

KUNCI JAWABAN TES **105**
DAFTAR PUSTAKA **106**

BAB V: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN JIWA: HARGA DIRI RENDAH DAN ISOLASI SOSIAL **107**

Topik 1.
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah **109**
Latihan 116
Ringkasan 117
Tes 1 118

Topik 2.
Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial **119**
Latihan 126
Ringkasan 126
Tes 2 127

KUNCI JAWABAN TES **129**
DAFTAR PUSTAKA **130**

BAB VI: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN JIWA: GANGGUAN SENSORI PERSEPSI HALUSINASI, PERILAKU KEKERASAN, DAN DEFISIT PERAWATAN DIRI **131**

Topik 1.
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi **134**
Latihan 144
Ringkasan 144
Tes 1 146

Topik 2.
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Perilaku Kekerasan **148**
Latihan 158
Ringkasan 159
Tes 2 160

Topik 3
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Defisit Perawatan Diri 162
Latihan 170
Ringkasan 170
Tes 3 171

KUNCI JAWABAN TES 172
DAFTAR PUSTAKA 173

Pengantar Mata Kuliah

Selamat berjumpa dengan Mata Kuliah Keperawatan Jiwa. Dalam Modul Bahan Ajar Cetak Mata Kuliah Keperawatan Jiwa ini akan dipelajari tentangasuhan keperawatan jiwa baik pada pasien dengan masalah psikososial dan pada pasien gangguan jiwa. Untuk mampu memberikan asuhan keperawatan jiwa, Anda harus terlebih dahulu mempelajari dan memahami konsep dan berbagai terapi dalam keperawatan jiwa. Tentu Anda bertanya mengapa mahasiswa D-III keperawatan harus mempelajari mata kuliah ini? Mata kuliah ini sangat penting dipelajari karena salah satu kompetensi lulusan D-III keperawatan adalah mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa.

Sebagai tujuan umum dari Modul Bahan Ajar Cetak ini adalah setelah Anda mempelajari Modul Bahan Ajar Cetak ini, Anda diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa. Secara khusus setelah Anda selesai mempelajari modul-modul Modul Bahan Ajar Cetak ini Anda diharapkan dapat:

1. Menjelaskan sejarah perkembangan keperawatan jiwa di dunia dan Indonesia
2. Menjelaskan konsep dasar keperawatan jiwa
3. Menjelaskan konsep dan jenis terapi modalitas dalam keperawatan jiwa
4. Menerapkan terapi modalitas dalam keperawatan jiwa
5. Menjelaskan konsep psikofarmaka,
6. Menguraikan jenis dan efek samping obat psikofarmaka
7. Mengidentifikasi masalah pasien dalam pemberian obat psikofarmaka,
8. Menerapkan peran perawat dalam pemberian obat dengan memperhatikan 5 prinsip benar pemberian obat psikofarmaka.
9. Melakukan evaluasi pemberian obat psikofarmaka
10. Menjelaskan konsep penyalahgunaan zat
11. Menguraikan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien dengan penyalahgunaan zat serta pendokumentasiannya.
12. Menjelaskan konsep ansietas
13. Menguraikan langkah-langkah proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien dengan penyalahgunaan zat serta pendokumentasiaanya pasien ansietas
14. Menjelaskan konsep gangguan citra tubuh
15. Menguraikan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien dengan gangguan cita tubuh serta pendokumentasiaanya.
16. Menjelaskan konsep kehilangan dan berduka

17. Menguraikan langkah-langkah proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien dengan kehilangan dan berduka t serta pendokumentasiaanya.
18. Menjelaskan konsep harga diri rendah
19. Menguraikan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien dengan harga diri rendah serta pendokumentasiaanya.
20. Menjelaskan konsep isolasi sosial
21. Menguraikan langkah-langkah proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien isolasi sosial serta pendokumentasiaanya.
22. Menjelaskan konsep halusinasi
23. Menguraikan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien dengan halusinasi serta pendokumentasiaanya.
24. Menjelaskan konsep perilaku kekerasan
25. Menguraikan langkah-langkah proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien dengan perilaku kekerasan serta pendokumentasiaanya.
26. Menjelaskan konsep defisit perawatan diri
27. Menguraikan langkah-langkah proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien dengan defisit perwatan diri serta pendokumentasiaanya.

Untuk membantu Anda mempermudah mempelajari Modul Bahan Ajar Cetak Keperawawatan Jiwa, maka Modul Bahan Ajar Cetak ini dibagi ke dalam 6 modul yaitu:

1. Bab 1 : Perkembangan Keperawatan Jiwa
   Topik 1 : Perkembangan Keperawatan Jiwadi Dunia dan Di Indonesia
   Topik 2 : Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

2. Bab 2 : Terapi Dalam Keperawatan Jiwa
   Topik 1 : Terapi Modalitas dalam Keperawatan Jiwa
   Topik 2 : Konsep Psikofarmaka
   Topik 3 : Peran Perawat dalam Psikofarmaka

3. Modul3 : Psikososial:Penyalahgunaan zat dan ansietas
   Topik 1 : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Penyalahgunaan Zat
   Topik 2 : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ansietas

4. Bab 4 : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Psikososial: Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan dan Berduka.
   Topik 1 : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Citra Tubuh

Topik 2 : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kehilangan

5. Bab 5 : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Jiwa : Harga Diri Rendah dan Isolasi Sosial
   Topik 1 : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Harga Diri Rendah
   Topik 2 : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Isolasi Sosial

6. Bab 6 : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan gangguan Jiwa: Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi, Perilaku Kekeasan dan Defisit Perawatan Diri
   Topik 1 : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi
   Topik 2 : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan
   Topik 3 : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Defisit Perawatan Diri

Mata kuliah ini juga dilengkapi dengan praktikum yang secara rinci dapat Anda pelajari pada Modul Bahan Ajar Cetak Praktikum Keperawatan Jiwa. Agar Anda dapat menguasai materi Modul Bahan Ajar Cetak ini ikutilah petunjuk belajar berikut

1. Pelajarilah dan pahami setiap modul dengan sebaik-baiknya
2. Buatlah rangkuman dengan membuat konsep-konsep esensial dari setiap modul
3. Kerjakanlah setiap kegiatan, latihan dan tes formatif yang ada pada setiap akhir kegiatan belajar
4. Catatlah setiap konsep yang belum Anda kuasai sebagai bahan diskusi dengan teman Anda dalam kelompok atau dengan tutor Anda.

Sukses untuk Anda dan selamat belajar, Saya yakin Anda mampu.

BAB I
PERKEMBANGAN KEPERAWATAN JIWA

Ns. Nurhalimah, S.Kep, M.Kep. Sp.Kep.J

PENDAHULUAN

Selamat berjumpa dengan Bab1 Perkembangan Keperawatan Jiwa. Bab ini menggunakan bahasa Indonesia yang mudah dipahami dan disertai dengan contoh-contoh sehingga penulis berharap Anda dapat mempelajarinya dengan baik.Untuk mempermudah memahami materi dalam Bab ini, penulis membagi menjadi 2 (dua) topik yaitu

1. Topik1 akan membahas mengenai perkembangan keperawatan jiwa
2. Topik 2 akan membahas mengenai konsep dasar keperawatan jiwa.

Untuk mengetahui tingkat pemahaman Anda mengenai Bab 1ini, penulis akan mengajukan beberapa pertanyaan yaitubagaimana perkembangan kesehatan jiwa di dunia dan di Indonesia serta apa itu konsep dasar dari keperawatan jiwa? Bagus sekali jawaban Anda! Dengan jawaban yang Anda berikan berarti Anda telah cukup memahami dengan benar perkembangan keperawatan jiwa dan konsep dasar dari keperawatan jiwa. Selanjutnya tentu Anda bertanya mengapa ini harus dipelajari? Mengapa topik tidak langsung ke asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa saja? Apa pentingnya? Materi ini penting, karena membantu memberikan arah dan panduan bagi Anda didalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial maupun gangguan jiwa sesuai dengan perkembangan pada saat ini.

Tujuan yang ingin dicapai setelah Anda menyelesaikan Topik 1 adalah Anda mampu memahami perkembangan keperawatan jiwa. Sedangkan secara khusus Topik 1 bertujuan agar Anda mampu

1. Menjelaskan kembali perkembangan keperawatan jiwa di dunia
2. Menjelasakan kembali perkembangan keperawatan jiwa di Indonesia.

Materi yang akan Anda pelajaripada Topik 1 adalah perkembangan keperawatan jiwa di dunia dimulai zaman peradaban hingga saat ini sedangkan di Indonesia dimulai sejak zaman penjajahan Belanda hingga saat ini.

Selanjutnya untuk membantu Anda memahami Topik 2, penulis akan memberikan beberapa pertanyaan. Pernahkan Anda merasakan bahwa Anda adalah orang yang paling bahagia didunia ini? Karena Anda puas dengan apa yang Anda miliki dan Anda merasakan bahwa semua orang menyayangi Anda dan Anda merasa menjadi bagian dari lingkungan sosial Anda, Jika Anda memiliki pendapat seperti itu berarti Anda memiliki jiwa yang sehat. Pertanyaan lain pernahkan Anda mempelajari apa itu model konseptual dan mengapa Anda mempelajarinya? Model konseptual penting dipelajari karena merupakan kerangka kerja

konseptual, sistem atau skema yang menerangkan serangkaian ide global tentang keterlibatan individu, kelompok, situasi, atau kejadian terhadap suatu ilmu dan perkembangannya. Untuk meningkatkan pemahaman Anda tentang konsep dasar keperawatan jiwa maka pelajarilah Bab ini dengan baik.

Tujuan umum Anda mempelajari Topik 2 adalah setelah selesai Anda mampu memahami konsep dasar keperawatan jiwa. Sedangkan secara khusus Anda mampu

1. Menjelaskan kembali pengertian kesehatan jiwa
2. Menjelaskan kembali ciri sehat jiwa
3. Menerapkan paradigma keperawatan jiwa dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa
4. Menerapkan model konsep keperawatan jiwa dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa.

Sebaiknya Anda mempelajari dan memahami terlebih dahulu Topik 1 dengan baik sebelum Anda melanjutkan mempelajari Topik 2, karena dengan memahami Topik 1 akan membantu Anda mempermudah memahami Topik 2. Bila ada beberapa pokok bahasan yang belum Anda pahami, Anda dapat mengulang kembali mempelajarinya, atau Anda dapat berdiskusi dengan teman Anda dan bila perlu menghubungi tutor hingga Anda benar-benar memahaminya dengan baik.

Untuk menilai kemampuan Anda kerjakanlah latihan dan jawablah Tes yang ada pada akhir topik ini dengan sebaik-baiknya. Jangan melihat Kunci Jawaban terlebih dahulu sebelum selesai menjawab pertanyaan dan tugas.Anda dinyatakan lulus bila telah mampumenjawab 80 % (setara dengan nilai 80) dari seluruh soal. Waktu yang dibutuhkan untuk mampu memahami Bab ini kurang lebih 3 x120menit. Gunakan waktu dengan sebaik-baiknya. Sukses untuk Anda dan selamat belajar,saya yakin Anda mampu.

Topik 1
Perkembangan Keperawatan Jiwa di Dunia dan Di Indonesia

Perkembangan keperawatan jiwa dimulai sejak jaman peradaban. Pada masa ini suku bangsa Yunani dan Arab percaya bahwa gangguan jiwa disebabkan karena tidak berfungsinya organ otak. Pengobatan pada masa ini telah mengabungkan berbagai pendekatan pengobatan seperti: memberikan ketenangan, mencukupi asupan gizi yang baik, melaksanakan kebersihan badan yang baik, mendengarkan musik dan melakukan aktivitas rekreasi.Perkembangan keperawatan jiwa pada abad 21 lebih menekankan pada upaya preventif melalui pengembangan pusatkesehatan mental, praktek mandiri, pelayanan di rumah sakit dan pelayanan *day care* sertamengidentifikasi pemberian asuhan keperawatan pada kelompok berisiko tinggi dan pengembangan sistem *management patient care* dengan pendekatan multidisipliner.

A. PERKEMBANGAN KEPERAWATAN JIWA DI DUNIA

Perkembangan keperawatan jiwa di dunia dimulai pada

1. Masa Peradaban

Masa ini dimulai antara tahun 1770 sampai dengan tahun 1880, ditandai dengan dimulainya pengobatan terhadap pasien gangguan mental. Para masa ini, suku bangsa Yunani, Romawi maupun Arab percaya bahwa gangguan mental (emosional) diakibatkan karena tidak berfungsinya organ pada otak. Pengobatan yang digunakan pada masa ini telah mengabungkan berbagai pendekatan pengobatan seperti: memberikan ketenangan, mencukupi asupan gizi yang baik, melaksanakan kebersihan badan yang baik, mendengarkan musik dan melakukan aktivitas rekreasi.

Hippocrates bapak kedokteran abad 7 SM, menerangkan bahwa perubahan perilaku atauwatak dan gangguan mental disebabkan karena adanya perubahan 4 cairan tubuh atauhormon, yang dapat menghasilkan panas, dingin, kering dan kelembaban. seorang Dokter Yunani Galen, mengatakan ada hubungan antara kerusakan pada otak dengan kejadian gangguan mental dan perubahan emosi. Pada masa itui suku bangsa Yunani telah menggunakan sistem perawatan yang modern dimana telah digunakannya kuil sebagai rumah sakit dengan lingkungan yang bersih, udara yang segar, sinar matahari dan penggunaan air bersih. Untuk menyembuhkan pasien dengan penyakit jiwa/gangguan mental pasien diajak untuk melakukan berbagai aktifitas seperti bersepeda, jalan-jalan, dan mendengarkan suara air terjun, musik yang lembut dll.

2. Masa Pertengahan

Masa ini merupakan periode pengobatan modern pasien gangguan jiwa. Bapak Psikiatric Perancis Pinel, menghabiskan sebahagian hidupnya untuk mendampingi pasien gangguan jiwa. Pinel menganjarkan pentingnya hubungan pasien-dokter dalam “pengobatan moral". Tindakan yang diperkenalkan nya adalah menerapkan komunikasi dengan pasien, melakukan observasi perilaku pasien dan melakukan pengkajian riwayat perkembangan pasien.

3. Abad 18 dan 19

William Ellis seorang praktisi kesehatan mengusulkan perlunya pendamping yang terlatih dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa. Pada tahun 1836, William Ellismempublikasikan *Treatise on Insanity* yaitu pentingnya pendamping terlatih bagi pasien gangguan jiwa karena pendamping terlatih rterbukti efektif didalam memberikan ketenangan dan harapan yang lebih baik bagi kesembuhan pasien. Bejamin Rush bapak Psikiatric Amerika tahun 1783, menulis tentang pentingnya kerja sama dengan rs jiwa dalam memberikan bantuan kemanusiaan terhadap pasien gangguan jiwa. Pada tahun Tahun 1843, Thomas Kirkbridge mengadakan pelatihan bagi dokter di rumah sakit Pennsylvania mengenai cara merawat pasien gangguan jiwa. Tahun 1872, didirikannya pertama kali sekolah perawat di New England Hospital Women’sHospital Philadelphia, tetapi tidak untuk pelayan pskiatrik.

Tahun 1882 didirikannya pendidikan keperawatan jiwa pertama di McLean Hospital diBelmont, Massachusetts. Dan pada tahun 1890 diterimanya lulusan sekolah perawat bekerja sebagai staff keperawatan di rumah sakit jiwa. Diakhir abad 19 terjadi perubahan peran perawat jiwa yang sangat besar, dimana peran tersebut antara lain menjadi contoh dalam pengobatan pengobatan pskiatrik seperti, menjadi bagian dari tim kesehatan, mengelola pemberian obat penenang dan memberikan hidroterapi (terapi air).

4. Keperawatan Jiwa di Abad 20

Keperawatan jiwa pada abad ini ditandai dengan terintegrasinya materi keperawatan psikiatrik dengan mata kuliah lain. Pembelajaran dilaksanakan melalui pembelajaran teori, praktek dilaboratorium, praktek klinik di RS dan Masyarakat. Tingkat pendidikan yang ada pada abad ini adalah D.III, Sarjana, Pasca Sarjana dan Doktoral.

Fokus pemberian asuhan keperawatan jiwa pada abad 21 adalah mengembangkan asuhan keperawatan berbasis komunitas dengan menekankan upaya preventif melalui pengembangan pusatkesehatan mental, praktek mandiri, pelayanan di rumah sakit, pelayanan *day care* (perawatan harian) yaitu pasien tidak dirawat inap hanya rawat jalan,kunjungan rumah dan hospice care (ruang rawat khusus untuk pasien gangguan jiwa yang memungkinkan pasien berlatih untuk meningkatkan kemampuan diri sebelum kembali ke masyarakat). Selain itu dilakukan identifikasi dan pemberian asuhan keperawatan pada kelompok berisiko tinggi berupa penyuluhan mengenai perubahan gaya hidup yang dapat mengakibatkan masalah gangguan kesehatan jiwa. Selain itu dikembangkan pula sistem

management pasien care dimana peran seorang manager adalah mengkoordinasikan pelayanan keperawatan dengan menggunakan pendekatan multidisipliner.

B. PERKEMBANGAN KEPERAWATAN JIWA DI INDONESIA

Sejarah dan perkembangan keperawatan jiwa di Indonesia sangatdipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi akibat penjajahan yang dilakukan oleh kolonial Belanda, Inggris dan Jepang. Perkembangannya dimulai pada masa penjajahan Belanda sampai pada masa kemerdekaan.

1. Masa Penjajahan Belanda

Pada masa pemerintahan kolonial Belanda, perawat merupakan penduduk pribumi yang disebut Velpeger dengan dibantu Zieken Oppaser sebagai penjaga orang sakit.Tahun 1799 pemerintah kolonial Belanda mendirikan Rumah Sakit Binen Hospital di Jakarta, Dinas Kesehatan Tentara dan Dinas Kesehatan Rakyat yang bertujuan untuk memelihara kesehatan staf dan tentara Belanda. Jenderal Daendels juga mendirikan rumah sakit di Jakarta, Surabaya dan Semarang, tetapi tidak diikuti perkembangan profesi keperawatan, karena tujuannya hanya untuk kepentingan tentara Belanda.

2. Masa Penjajahan Inggris (1812 – 1816)

Gubernur Jenderal Inggris ketika itu dijabat oleh Raffles sangat memperhatikan kesehatan rakyat. Berangkat dari semboyannya yaitu kesehatan adalah milik setiap manusia, ia melakukan berbagai upaya untuk memperbaiki derajat kesehatan penduduk pribumi antara lain melakukan pencacaran umum, cara perawatan pasien dengan gangguan jiwa dan kesehatan para tahanan

Setelah pemerintahan kolonial kembali ke tangan Belanda, kesehatan penduduk Indonesia menjadi lebih baik. Pada tahun 1819 didirikanlah RS. Stadverband di Glodok Jakarta dan pada tahun 1919 dipindahkan ke Salemba yang sekarang bernama RS. Cipto Mangunkusumo (RSCM). Antara tahun 1816 hingga 1942 pemerintah Hindia Belanda banyak mendiirikan rumah sakit di Indonesia. Di Jakarta didirikanlah RS. PGI Cikini dan RS. ST Carollus. Di Bandung didirikan RS. ST. Boromeus dan RS Elizabeth di Semarang. Bersamaan dengan itu berdiri pula sekolah-sekolah perawat.

3. Zaman Penjajahan Jepang (1942 – 1945)

Pada masa penjajahan Jepang, perkembangan keperawatan di Indonesia mengalami kemundurandan merupakan zaman kegelapan,Pada masa itu, tugas keperawatan tidak dilakukan oleh tenaga terdidik dan pemerintah Jepang mengambil alih pimpinan rumah sakit. Hal ini mengakibatkan berjangkitnya wabah penyakit karena ketiadaan persediaan obat.

4. Zaman Kemerdekaan

Empat tahun setelah kemerdekaan barulah dimulai pembangunan bidang kesehatan yaitu pendirian rumah sakit dan balai pengobatan. Pendirian sekolah keperawatan dimulai pertama kali tahun 1952 dengan didirikannya Sekolah Guru Perawat dan sekolah perawat setingkat SMP. Tahun 1962 didirikan Akademi Keperawatan milik Departemen Kesehatan di Jakarta bertujuan untuk menghasilkan Sarjana Muda Keperawatan. Tahun 1985 merupakan momentum kebangkitan keperawatan di Indonesia, karena Universitas Indonesia mendirikan PSIK (Program Studi Ilmu Keperawatan) di Fakultas Kedokteran. Sepuluh tahun kemudian PSIK FK UI berubah menjadi Fakultas Ilmu Keperawatan.Setelah itu berdirilah PSIK-PSIK baru seperti di Undip, UGM, UNHAS dll.

Latihan

1) Jelaskan dengan singkat sejarah keperawatan jiwa di Dunia
2) Jelaskan dengan singkat sejarah keperawatan di Indonesia

Petunjuk Jawaban Latihan

1) Untuk mampu menjawab Latihan nomor 1, baca kembali sejarah keperawatan jiwa di dunia
2) Untuk mampu menjawab Latihan nomor 2, baca kembali sejarah keperawatan jiwa di Indonesia.

Ringkasan

1. Pengobatan pada zaman peradaban telah mengabungkan berbagai pendekatan pengobatan seperti: memberikan ketenangan, mencukupi asupan gizi yang baik, melaksanakan kebersihan badan yang baik, mendengarkan musik dan melakukan aktivitas rekreasi.Diakhir abad 19 peran perawat jiwa menjadi yang sangat besar, karena peran perawat menjadi sangat penting seperti menjadi bagian dari tim kesehatan, mengelola pemberian obat penenang dan memberikan hidroterapi. Sedangkan fokus pemberian asuhan keperawatan jiwa pada abad 21 adalah mengembangkan asuhan keperawatan berbasis komunitas dengan menekankan upaya preventif melalui pengembangan pusatkesehatan mental, praktek mandiri, pelayanan di rumah sakit, pelayanan day care,home visite dan hospice care dan pengembangan *management pasien care.*
2. Pada masa pemerintahan kolonial Belanda, perawat merupakan penduduk pribumi yang disebut Velpeger dengan dibantu Zieken Oppaser sebagai penjaga orang sakit.Tahun 1799 pemerintah kolonial Belanda mendirikan Rumah Sakit Binen Hospital di Jakarta, Dinas Kesehatan Tentara dan Dinas Kesehatan Rakyat yang bertujuan untuk

memelihara kesehatan staf dan tentara Belanda. Jenderal Daendels juga mendirikan rumah sakit di Jakarta, Surabaya dan Semarang, tetapi tidak diikuti perkembangan profesi keperawatan, karena tujuannya hanya untuk kepentingan tentara Belanda. Sedangkan pada zaman penjajahan Jepang masalah kesehatan menjadi lebih buruk dibandingkan pada masa penjajahan Belanda dan Inggris.

3. Zaman Kemerdekaan

   Empat tahun setelah kemerdekaan barulah dimulai pembangunan bidang kesehatan yaitu pendirian rumah sakit, balai pengobatan dan pendirian sekolah keperawatan dimulai pertama kali tahun 1952.

Tes 1

1) Tujuan pemerintahan kolonial Belanda mendirikan rumah sakit adalah….
   A. Memelihara kesehatan staf dan tentara Belanda.
   B. Meningkatkan profesi keperawatan
   C. Meningkatkan kesehatan masyarakat pribumi
   D. Mendidik masyarakat pribumi untuk hidup sehat
   E. Menurunkan tingkat kesehatan masyarakat pribumi

2) Siapakah yang pertama kali melakukan imunisasi cacar adalah….
   A. Raffles
   B. Dandles
   C. Ratu Elisabeth
   D. Yan Peter Soen Koen
   E. Dewes Dekker

3) Kesehatan adalah milik setiap manusia. Adalah semboyan pada masa penjajahan….
   A. Belanda
   B. Jepang
   C. Inggris
   D. Portugis.
   E. Cina

4) Pada zaman kapankah terjadi kemunduran perkembangan keperawatan di Indonesia….
   A. Penjajahan Jepang
   B. Penjajahan Belanda
   C. Penjajahan Inggris
   D. Penjajahan Portugis
   E. Penjajahan Cina

5) Siapakah yang pertama kali mengadakan pelatihan cara merawat pasien gangguan jiwa….
   A. Thomas Kirkbridge
   B. William Ellis
   C. Socrates
   D. Rafles
   E. Daendles

Topik 2
Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

Untuk menjadi individu yang produktif dan mampu berinteraksi dengan lingkungan sekitar, kita harus memiliki jiwa yang sehat. Individu dikatakan sehat jiwa apabila berada dalam kondisi fisik, mental, dan sosial yang terbebas dari gangguan (penyakit), tidak dalam kondisi tertekan sehingga dapat mengendalikan stres yang timbul. Kondisi ini akan memungkinkan individu untuk hidup produktif, dan mampu melakukan hubungan sosial yang memuaskan. Dalam melakukan peran dan fungsinya seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus memandang manusia sebagai mahluk biopsikososiospiritual sehingga pemilihan model keperawatan dalam menerapkan asuhan keperawatan sesuai dengan paradigma keperawatan jiwa.

Manusia sebagai mahluk biopsikososiospiritual mengandung pengertian bahwa manusia merupakan makhluk yang utuh dimana didalamnya terdapat unsur biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.Sebagai makluk biologi, manusia tersusun dari berjuta-juta sel-sel hidup yang akan membentuk satu jaringan, selanjutnya jaringan akan bersatu dan membentuk organ serta sistem organ. Sebagai makhluk psikologi,setiap manusia memiliki kepribadian yang unik serta memiliki struktur kepribadianyang terdiri dari id, ego, dan super ego dilengkapi dengan daya pikir dan keceredasan, agar menjadi pribadi yang selalu berkembang. Setiap manusia juga memiliki kebutuhan psikologis seperti terhindar dari ketegangan psikologis, kebutuhan akan kemesraan dan cinta, kepuasan alturistik (kepuasan untuk menolong orang lain tanpa mengharapkan imbalan), kehormatan serta kepuasan ego. Sedangkan sebagai mahluk sosial, manusia tidak dapat hidup sendiri, manusia selalu ingin hidup dengan orang lain dan membutuhkan orang lain. Selain itu manusia juga harus menjalin kerja sama dengan manusia lain untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup. Manusia juga dituntut untuk mampu bertingkah laku sesuai dengan harapan dan norma yang berlaku dilingkungan sosialnya. Sebagai makhluk spiritual manusia mempunyai keyakinan dan mengakui adanya Tuhan Yang Maha Esa, memiliki pandangan hidup, doronngan hidup yang sejalan, dengan sifat religius yang dianutnya.

A. DEFINISI SEHAT JIWA

Banyak ahli mendefinisikan mengenai sehat jiwa diantaranya menurut:

1. WHO

Kesehatan jiwaadalah suatu kondisi sejahtera secara fisik, sosial dan mental yang lengkap dan tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan. Atau dapat dikatakan bahwa individu dikatakan sehat jiwa apabila berada dalam kondisi fisik, mental dan sosial yang terbebas dari gangguan (penyakit) atau tidak dalam kondisi tertekan sehingga dapat mengendalikan stress yang timbul. Sehingga memungkinkan individu untuk hidup produktif, dan mampu melakukan hubungan sosial yang memuaskan.

2. UU Kesehatan Jiwa No.03 Tahun 1966

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi mental yang sejahtera sehingga memungkinkan seseorang berkembang secara optimal baik fisik, intelektual dan emosional dan perkembangan tersebut berjalan secara selaras dengan keadaan orang lain sehingga memungkinkan hidup harmonis dan produktif. Coba Anda diskusikan dengan teman Anda adakah carilah definisi lain mengenai sehat jiwa menurut ahli yang lain

B. CIRI-CIRI SEHAT JIWA (MENTAL)

Berikut ini akan dijelaskan ciri sehat jiwa dari menurut beberapa ahli diantaranya menurut:

1. Yahoda

Yahoda mencirikan sehat jiwa sebagai berikut:

a. Memiliki sikap positif terhadap diri sendiri
b. Tumbuh, berkembang dan beraktualisasi
c. Menyadari adanya integrasi dan hubungan antara : Masa lalu dan sekarangMemiliki otonomi dalam pengambilan keputusan dan tidak bergantung pada siapapun
d. Memiliki persepsi sesuai dengan kenyataan
e. Mampu menguasai lingkungan dan beradaptasi

2. WHO (*World Health Organisation*/Organisasi Kesehatan Dunia)

Pada tahun 1959 dalam sidang di Geneva, **WHO** telah berhasil merumuskan kriteria sehat jiwa. WHO menyatakan bahwa, seseorang dikatakan mempunyai sehat jiwa, jika memiliki kriteria sebagai berikut:

a. Individu mampu menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk baginya.
b. Memperoleh kepuasan dari hasil jerih payah usahanya.
c. Merasa lebih puas memberi dari pada menerima.
d. Secara relatif bebas dari rasa tegang (stress), cemas dan depresi.
e. Mampu berhubungan dengan orang lain secara tolong menolong dan saling memuaskan.
f. Mampu menerima kekecewaan sebagai pelajaran yang akan datang
g. Mempunyai rasa kasih sayang.

Pada tahun 1984, WHO menambahkan dimensi agama sebagai salah satu dari 4 pilar sehat jiwa yaitu: Kesehatan secara holistik yaitu sehat secara jasmani/ fisik (biologik); sehat secara kejiwaan (psikiatrik/ psikologik); sehat secara sosial; dan sehat secara spiritual (kerohanian/ agama).Berdasarkan keempat dimensi sehat tersebut,*the American Psychiatric Association*mengadopsi menjadi paradigma pendekatan *biopsycho-socio-spiritual*. Dimana

dalam perkembangan kepribadian seseorang mempunyai 4 dimensi holistik, yaitu agama, organobiologik, psiko-edukatif dan sosial budaya.

3. MASLOW:

Maslow mengatakan individu yang sehat jiwa memiliki ciri sebagai berikut:

a. Persepsi Realitas yang akurat.
b. Menerima diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
c. Spontan.
d. Sederhana dan wajar.

Berdasarkan definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa sesesorang dikatakan sehat jiwa jika:

1. Nyaman terhadap diri sendiri
   - Mampu mengatasi berbagai perasaan : rasa marah, rasa takut, cemas, iri, rasa bersalah, rasa senang, cinta mencintai, dll.
   - Mampu mengatasi kekecewaaan dalam kehidupan.
   - Mempunyai Harga Diri yang wajar.
   - Menilai diri secara nyata, tidak merendahkan dan tidak pula berlebihan.
   - Merasa puas dengan kehidupan sehari-hari.

2. Nyaman berhubungan dengan orang lain.
   - Mampu mencintai dan menerima cinta dari orang lain.
   - Mempunyai hubungan pribadi yang tetap.
   - Mampu mempercayai orang lain.
   - Dapat menghargai pendapat orang yang berbeda.
   - Merasa menjadi bagian dari kelompok.
   - Tidak mengakali orang lain, dan tidak memberikan dirinya diakali orang lain.

3. Mampu memenuhi kebutuhan hidup
   - Menetapkan tujuan hidup yang nyata untuk dirinya.
   - Mampu mengambil kjeputusan.
   - Menerima tanggung jawab.
   - Merancang masa depan.
   - Menerima ide / pengalaman hidup.
   - Merasa puas dengan pekerjaannya.

C. PARADIGMA KEPERAWATAN JIWA

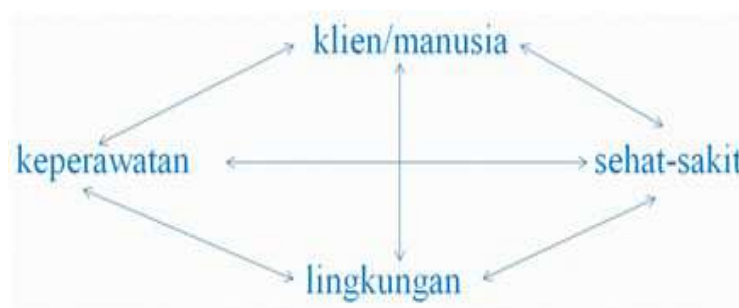
Tentu Anda bertanya mengapa kita harus mempeajari mengenai paradigma keperawatan? Karena dengan mempelajari paradigma keprawatan akan membantu seeorang atau masyarakat luas mengenal dan mengetahui keperawatan dan membantu

memahami setiap fenomena. Beerdasarkan pengertian diatas, para ahli menyimpulkan bahwa tujuan paradigma keperawatan adalah mengatur hubungan antara berbagai teori dan model konseptual keperawatan guna mengembangkan model konseptual dan teori-teori sebagai kerangka kerja keperawatan

Fenomena adalah perilaku klien dalam menghadapi ketidakpastian kondisi yang dialami akibat ketidaknyamanan akibat dari sakit yang daialaminya. Falsafah keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari layanan kesehatan didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan.

Dalam melakukan peran dan fungsinya seorang perawat harus memiliki keyakinan terhadap nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan. Keyakinan yang harus dimiliki oleh seorang perawat yaitu:

1. Bahwa manusia adalah mahluk holistik yang terdiri dari komponen bio-psiko-sosio dan spiritual.
2. Tujuan pemberian asuhan keperawatan adalah meningkatkan derajat kesehatan manusia secara optimal
3. Tindakan keperawatan yang diberikan merupakan tindakan kolaborasi antara tim kesehatan, klein amuapun keluraga.
4. Tindakan keperawatan yang diberikan merupakan suatu metode pemecahan masalah dengan pendekatan proses keperawwan
5. Perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat
6. Pendidikan keperawatan harus dilakukan secara terus-menerus

Pada Gambar 1.1berikut ini akan menjelaskan lebih rinci mengenai Skema Paradigma keperawatan

Gambar 1.1
Skema Paradigma Keperawatan

Empat komponen dalam paradigma keperawatan meliputi : manusia, keperawatan, lingkungan, dan kesehatan.

1. Manusia

Keperawatan jiwa memandang manusia sebagai mahluk holisstik yang terdiri dari komponen bio – psiko – sosial dan spiritual merupakan satu kesatuan utuh dari aspek jasmani dan rohani serta unik karena mempunyai berbagai macam kebutuhan sesuai tingkat perkembangannya (Konsorsium Ilmu Kesehatan, 1992).

Kozier, (2000) mengatakan manusia adalah suatu sistem terbuka, yang selalu berinteraksi dengan lingkungan eksternal dan internal agar terjadi keseimbangan (homeoatatis),

Paradigma keperawatan memandang manusia sebagai mahluk holistik, yang merupakan sistem terbuka, sistem adaptif, personal dan interpersonal. Sebagai sistem terbuka, manusia mampu mempengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungannya, baik lingkungan fisik, biologis, psikologis maupun sosial dan spiritual. Sebagai sistem adaptif manusia akan menunjukkan respon adaptif atau maladaptif terhadap perubahan lingkungan. Respon adaptif terjadi apabila manusia memiliki mekanisme koping yang baik dalam menghadapi perubahan lingkungan, tetapi apabila kemampuan merespon perubahan lingkungan rendah, maka manusia akan menunjukan prilaku yang maladaptif. Manusia atau klien dapat diartikan sebagai individu, keluarga ataupun masyarakat yang menerima asuhan keperawatan.

2. Keperawatan

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional sebagai bagian integral pelayanan kesehatan yang dilakukan secara komprpehensif berbentuk pelayanan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan kultural, ditujukan bagi individu, keluarga dan masyarakat sehat maupun sakit mencakup siklus hidup manusia.

Pemberian asuhan keperawatan dilakukan melalui pendekatan humanistik yaitu menghargai dan menghormati martabat manusia dan menjunjung tinggi keadilan bagi semua manusia. Keperawatan bersifat universal yaitu dalam memberikan asuhan keperawatan seorang perawat tidak pernah membedakan klien berdasarkan atas ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etnik, agama, aliran politik dan status ekonomi sosial. Keperawatan menganggap klien sebagai partner aktif, dalam arti perawat selalu bekerjasama dengan klien dalam memberikan asuhan keperawatan.

Asuhan keperawatan merupakan metode ilmiah yaang dalam pemberiannya menggunakan proses terapeutik melibatkan hubungan kerja sama antara perawat dengan klien, dan masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Carpenito, 1989 dikutip oleh Keliat,1991). Proses keperawatan membantu perawat melakukan praktik keperawatan, dalam menyelesaikan masalah keperawatan klien, atau memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah, logis, sistematis, dan terorganisasi. Pada dasarnya, proses keperawatan merupakan salah satu teknik penyelesaian masalah (Problem solving). Proses keperawatan merupakan proses yang dinamis, siklik, saling bergantung, luwes, dan terbuka. Melalui proses keperawatan, perawat dapat terhindar dari tindakan keperawatan yang bersifat rutin dan intuisis.Melalui proses keperawatan, seorang perawat mampu memenuhi kebutuhan

dan menyelesikan masalah klien berdasarkan prioritas masalah sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kondisi klien, hal ini terjadi karena adanya kerja sama antara perawat dan klien. Pada tahap awal, perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan memiliki peran yang lebih besar dari peran klien, namun pada tahap selanjutnya peran klien menjadi lebih besar dibandingkan perawat sehingga kemandirian klien dapat tercapai.

3. Kesehatan

Sehat adalah suatu keadaan dinamis, dimana individu harus mampu menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi, baik perubahanpada lingkungan internal maupun eksternal untuk memepertahankan status kesehatannya. Faktor lingkungan internaladalah faktor yang bersal dari dalam individu yang mempengaruhi kesehatan individu seperti varibel psikologis, intelektual dan spiritual serta proses penyakit. Sedangkan faktor lingkungan eksternal adalah faktor – faktor yang berada diluar individu dapat mempengaruhi kesehatan antara lain variabel lingkungan fisik, hubungan sosial dan ekonomi.

Salah satu ukuran yang digunakan untuk menentukan status kesehatan adalah rentang sehat sakit. Menurut model ini, keadaaan sehat selalu berubah secara konstan. Kondisi kesehatan individu selalu berada dalam rentang sehat sakit, yaitu berada diantara diantara dua kutub yaitu sehat optimal dan kematian. Apabila status kesehatan bergerak kearah kematian, ini berarti individu berada dalam area sakit (illness area), tetapi apabila status kesehatan bergerak ke arah sehat maka individu berada dalam area sehat (wellness area).

4. Lingkungan

Yang dimaksud lingkungan dalam keperawatan adalah faktor eksternal yang mempengaruhi perkembangan manusia, yaitu lingkungan fisik, psikologis, sosial. budaya, status ekonomi, dan spiritual. Untuk mencapai keseimbangan, manusia harus mampu mengembangkan strategi koping yang efektif agar dapat beradaptasi, sehingga hubungan interpersonal yang dikembangkan dapat menghasilkan perubahan diri individu.

D. FALSAFAH KEPERAWATAN JIWA

Falsafah keperawatan adalah pandangan dasar tentamg hakikat manusia dan esensi keperawatan yang menjadikan kerangka dasar dalam praktik keperawatan.Falsafah Keperawatan bertujuan mengarahkan kegiatan keperawatan yang dilakukan. Keperawatan memandang manusia sebagai mahluk holistic, sehingga pendekatan pemberian asuhan keperawatan, dilakukan melalui pendekatan humanistik, dalam arti perawat sangat menghargai dan menghormati martabat manusia, memberi perhatian kepada klien serta menjunjung tinggi keadilan bagi sesama manusia.

Keperawatan bersifat universal dalam arti dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat tidak membedakan atas ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etik, agama, aliran politik, dan status sosial ekonomi.

E. MODEL KONSEPTUAL DALAM KEPERAWATAN

Banyak ahli kesehatan jiwa memiliki pandangan yang berbeda-beda mengenai konsep gangguan jiwa dan bagaimana proses timbulnya gangguan jiwa. Perbedaan tersebut, dijelaskan dalam teori model konseptual kesehatan jiwa. Setiap model konseptual memiliki pandangan yang berbeda-beda mengenai konsep gangguan jiwa. Pandangan model psikoanalisa berbeda dengan pandangan model social, model perilaku, model eksistensial, model medical, berbeda pula dengan model stress – adaptasi. Masing-masing model memiliki pendekatan unik dalam terapi gangguan jiwa. Sebelum lebih lanjut mempelajarinya, marilah kita mengulang pengertian model konsep. Tahukah Anda definisi tersebutl? Model konseptual merupakan kerangka kerja konseptual, sistem atau skema yang menerangkan serangkaian ide global tentang keterlibatan individu, kelompok, situasi, atau kejadian terhadap suatu ilmu dan perkembangannya.

1. Definisi

Banyak ahli mendefiniskan mengenai model konseptual seperti berikut ini: Model konseptual memberikan keteraturan untuk berfikir, mengobservasi dan menginterpretasi apa yang dilihat, memberikan arah riset untuk mengidentifikasi suatu pertanyaan untuk menjawab fenomena dan menunjukkan pemecahan masalah (Christensen & Kenny, 2009, hal. 29).

Model konseptual keperawatan merupakan suatu cara untuk memandang situasi dan kondisi pekerjaan yang melibatkan perawat di dalamnya. Model konseptual keperawatan merupakan petunjuk bagi perawat untuk mendapatkan informasi agar perawat peka terhadap apa yang terjadi pada suatu saat dengan dan tahu apa yang harus perawat kerjakan (Brockopp, 1999, dalam Hidayati, 2009).Marriner-Tomey (2004, dalam Nurrachmah, 20100 menjelaskan bahwa, model konseptual keperawatan telah memperjelas kespesifikan area fenomena ilmu keperawatan dengan melibatkan empat konsep yaitu manusia sebagai pribadi yang utuh dan unik. Konsep kedua adalah lingkungan yang bukan hanya merupakan sumber awal masalah tetapi juga meerupakan sumber pendukung bagi individu. Ketiga adalah Kesehatan menjelaskan tentang rentang sehat-sakit sepanjang siklus mulai konsepsi hingga kematian. Konsep keempat adalah keperawatan sebagai komponen penting dalam perannya sebagai faktor penentu meningkatnya keseimbangan kehidupan seseorang (klien).

Lebih lanjut Tomey mengatakan, konseptualisasi keperawatan umumnya memandang manusia sebagai mahluk biopsikososial yang berinteraksi dengan keluarga, masyarakat, dan kelompok lain termasuk lingkungan fisiknya. Cara pandang dan fokus penekanan pada skema konseptual dari setiap ilmuwan dapat berbeda satu sama lain, seperti penekanan pada sistem adaptif manusia, subsistem perilaku atau aspek komplementer.

Tujuan dari model konseptual keperawatan (Ali, 2001, hal. 98) :

a. Menjaga konsistensi pemberian asuhan keperawatan.

b. Mengurangi konflik, tumpang tindih, dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan.
c. Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.
d. Memberikan pedoman dalam menentukan kebijaksanaan dan keputusan.
e. Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap anggota tim keperawatan.

2. Model Konseptual dalam Keperawatan Jiwa

Berikut ini akan dijelaskan berbagai macam model konseptual yang dikembangkan oleh beberapa ahli diantaranya menurut:

a. Psycoanalytical (Freud, Erickson)

Merupakan model yang dikemukakan oleh Sigmund Freud. Psikoanalisa meyakini bahwa penyimpangan perilaku pada usia dewasa berhubungan dengan perkembangan pada masa anak.Menurut model psycoanalytical, gangguan jiwa dikarenakan ego tidak berfungsi dalam mengontrol id, sehingga mendorong terjadinya penyimpangan perilaku (deviation of Behavioral) dan konflik intrapsikis terutama pada masa anak-anak. Setiap fase perkembangan mempunyai tugas perkembangan yang harus dicapai. Gejala merupakan symbol dari konflik. Proses terapi psikoanalisa memakan waktu yang lama.

Proses terapi pada model ini menggunakan metode asosiasi bebas dan analisa mimpi transferen, bertujuan untuk memperbaiki traumatic masa lalu. Contoh proses terapi pada model ini adalah: klien dibuat dalam keadaan tidur yang sangat dalam. Dalam keadaan tidak berdaya terapis akan menggali alam bawah sadar klien dengan berbagai pertanyaan-pertanyaan tentang pengalaman traumatic masa lalu..Dengan cara demikian, klien akan mengungkapkan semua pikiran dan mimpinya, sedangkan therapist berupaya untuk menginterpretasi pikiran dan mimpi pasien.

Peran perawat dalam model psyhcoanalytical

Melakukan pengkajian keadaan traumatic atau stressor yang dianggap bermakna pada masa lalu misalnya (menjadi korban perilaku kekerasan fisik, sosial, emosional maupun seksual) dengan menggunakan pendekatan komunikasi terapeutik.

b. Interpersonal (Sullivan, Peplau)

Model ini dikembangkan oleh Harry Stack Sullivan dan Hildegard Peplau.Teori interpersonal meyakini bahwa perilaku berkembang dari hubungan interpersonal.Sullivan menekankan besarnya pengaruh perkembangan masa anak-anak terhadap kesehatan jiwa individu.Menurut konsep model ini, kelainan jiwa seseorang disebabkan karena adanya ancaman yangdapat menimbulkan kecemasan *(Anxiety).* Ansietas yang dialami seseorangtimbul akibat konflik saat berhubungan dengan orang lain *(interpersonal),* dikarenakan adanya ketakutan dan penolakan atau tidak diterima oleh orang sekitar. Lebih lanjut Sullivan mengatakan individu memandang orang lain sesuai dengan yang ada pada dirinya

Sullivan mengatakan dalam diri individu terdapat 2 dorongan yaitu:

1) Dorongan untuk kepuasan, berhubungan dengan kebutuhan dasar seperti: lapar, tidur, kesepian dan nafsu.
2) Dorongan untuk keamanan, berhubungan dengan kebutuhan budaya seperti penyesuaian norma sosial, nilai suatu kelompok tertentu.

1) Proses terapi

   Proses terapi terbagi atas dua komponen yaitu *Build Feeling Security* (berupaya membangun rasa aman pada klien) dan *Trusting Relationship and interpersonal Satisfaction* (menjalin hubungan yang saling percaya) Prinsip dari terapi ini adalah.Mengoreksi pengalaman interpersonal dengan menjalin hubungan yang sehat. Dengan re edukasi diharapkan, klien belajar membina hubungan interpersonal yang memuaskan, mengembangkan hubungan saling percaya.dan membina kepuasan dalam bergaul dengan orang lain sehingga klien merasa berharga dan dihormati

2) Peran perawat dalam terapi adalah
   a) *Share anxieties* (berbagi pengalaman mengenai apa-apa yang dirasakan klien dan apa yang menyebabkan kecemasan klien saat berhubungan dengan orang lain)
   b) *Therapist use empathy and relationship* (Empati dan turut merasakan apa-apa yang dirasakan oleh klien). Perawat memberiakan respon verbal yang mendorong rasa aman klien dalam berhubungan dengan orang lain.

c. Social (Caplan, Szasz)

Model ini berfokus pada lingkungan fisik dan situasi sosial yang dapat menimbulkan stress dan mencetuskan gangguan jiwa(*social and environmental factors create stress, which cause anxiety and symptom*).Menurut Szasz, setiap individu bertanggung jawab terhadap perilakunya, mampu mengontrol dan menyesuaikan perilaku sesuai dengan nilai atau budaya yang diharapkan masyarakat.Kaplan, meyakini bahwa, konsep pencegahan primer, sekunder dan tertier sangat penting untuk mencegah timbulnya gangguan jiwa. Situasi sosial yaga dapat menimbulkan gangguan jiwa adalah kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah, kurangnya *support system*dan koping mekanisme yang mal adaptif.

Proses terapi:

Prinsip proses terapi yang sangat penting dalam modifikasi lingkungan dan adanya *support system.* Proses terapi dilakukan dengan menggali support system yang dimiliki klien seperti: suami/istri, keluatga atau teman sejawat. Selain itu therapist berupaya : menggali system sosial klien seperti suasana dirumah, di kantor, di sekolah, di masyarakat atau tempat kerja.

d. Existensial (Ellis, Rogers)

Model ekistensial menyatakan bahwa gangguan perilaku atau gangguan jiwa terjadi apabila individu gagal menemukan jati dirinya dan tujuan hidupnya. Individu tidak memiliki kebanggan akan dirinya. Membenci diri sendiri dan mengalami gangguan dalam Bodi-*image*-

nyaPrinsip terapinya pada model ini adalah mengupayakan individu agar memiliki pengalaman berinteraksi dengan orang yang menjadi panutan atau sukses dengan memahami riwayat hidup orang tsb, memperluas kesadaran diri dengan cara introspeksi diri (self assessment), bergaul dengan kelompok sosial dan kemanusiaan (conducted in group), sesrta mendorong untuk menerima dirinya sendiri dan menerima kritik atau feedback tentang perilakunya dari orang lain (encouraged to accept self and control behavior). Terapi dilakukan melalui kegiatan Terapi aktivitas kelompok.

e. Supportive Therapy (Wermon, Rockland)

Wermon dan Rockland meyakini bahwa penyebab gangguan jiwa adalah faktor biopsikososial dan respos maladaptive saat ini. Contoh aspek biologis yaitu sering sakit maag, migraine, batuk-batuk. Aspek psikologisnya mengalami banyak keluhan seperti : mudah cemas, kurang percaya diri, perasaan bersalah, ragu-ragu, pemarah. Aspek social sepeertisusah bergaul, menarik diri, tidak disukai, bermusuhan, tidak mampu mendapatkan pekerjaan, dan sebagainya. Semua hal tersebut terakumulasi menjadi penyebab gangguan jiwa. Fenomena tersebut muncul akibat ketidakmamupan dalam beradaptasi pada masalah-masalah yang muncul saat ini dan tidak ada kaitannya dengan masa lalu.

Prinsip proses terapi pada model supportif adalah menguatkan respon coping adaptif. Terapis membantu klien untuk mengidentifikasi dan mengenal kekuatan atau kemampuan serta coping yang dimiliki klien, mengevaluasi kemampuan mana yang dapat digunakan untuk alternative pemecahan masalah. Terapist berupaya menjalin hubungan yang hangat dan empatik dengan klien untuk membantu klien menemukan coping klien yang adaptif.

f. Medica (Meyer, Kraeplin)

Menurut konsep ini penyebab gangguan jiwa adalah multifactor yang kompleks yaitu aspek fisik, genetic, lingkungan dan factor social. Model medical meyakini bahwa penyimpangan perilaku merupakan manifestasi gangguan sistem syaraf pusat (SSP). Dicurigai bahwa depresi dan schizophrenia dipengaruhi oleh transmisi impuls neural, serta gangguan synaptic. Sehingga focus penatalaksanaannya harus lengkap melalui pemeriksaan diagnostic, terapi somatic, farmakologik dan teknik interpersonal.

Peran perawat dalam model medical ini adalah melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam melakukan prosedur diagnostic dan terapi jangka panjang, therapist berperan dalam pemberian terapi, laporan mengenai dampak terapi, menentukan diagnose, dan menentukan jenis pendekatan terapi yang digunakan. Medical model terus mengeksplorasi penyebab gangguan jiwa secara ilmiah.

g. Model Komunikasi

Model perilaku mengatakan bahwa, penyimpangan perilaku terjadi jika pesan yang disampaikan tidak jelas. Penyimpangan komunikasi menyangkut verbal dan non verbal, posisi tubuh, kecepatan dan volume suara atau bicara.

Proses terapi dalam model ini meliputi:

1) Memberi umpan balik dan klarifikasi masalah.

2) Memberi penguatan untuk komunikasi yang efektif.
3) Memberi alternatif koreksi untuk komunikasi yang tidak efektif.
4) Melakukan analisa proses interaksi.

h. Model Perilaku

Dikembangkan oleh H.J. Eysenck, J. Wilpe dan B.F. Skinner. Terapi modifikasi perilaku dikembangkan dari teori belajar (learning theory).Belajar terjadi jika ada stimulus dan timbul respon, serta respon dikuatkan (reinforcement).

Proses terapi:

Terapi pada model perilaku dilakukan dengan cara

1) Desentisasi dan relaksasi, dapat dilakukan bersamaan. Dengan teknik ini diharapkan tingkat kecenmasan klien menurunkan..
2) Asertif training adalah belajar mengungkapkan sesuatu secara jelas dan nyata tanpa menyinggung perasaan orang lain.
3) Positif training. Mendorong dan menguatkan perilaku positif yang baru dipelajari berdasarkan pengalaman yang menyenangkan untuk digunakan pada perilaku yang akan datang.
4) Self regulasi. Dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut. Pertama melatih serangkaian standart perilaku yang harus dicapai oleh klien. Selanjutnya klien diminta untuk melakukan self observasi dan self evaluasi terhadap perilaku yang ditampilkan. Langkah terakhir adalah klien diminta untuk memberikan reinforcement (penguatan terhadap diri sendiri) atas perilaku yang sesuai.

i. Model Stress Adaptasi Roy

Keperawatan adalah suatu disiplin ilmu dan ilmu tersebut menjadi landasan dalam melaksanakan praktik keperawatan (Roy, 1983). Lebih spesifik Roy (1986) berpendapat bahwa keperawatan sebagai ilmu dan praktik berperan dalam meningkatkan adaptasi individu dan kelompok terhadap kesehatan sehingga sikap yang muncul semakin positif.

Keperawatan memberi perbaikan pada manusia sebagai sutu kesatuan yang utuh untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan dan berespons terhadap stimulus internal yang mempengaruhi adaptasi.Jika stressor terjadi dan individu tidak dapat menggunakan "koping" secara efektif maka individu tersebut memerlukan perawatan.Tujuan keperawatan adalah meningkatkan interaksi individu dengan lingkungan, sehingga adaptasi dalam setiap aspek semakin meningkat.Komponen-komponen adaptasi mencakup fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan saling ketergantungan.

Adaptasi adalah komponen pusat dalam model keperawatan. Didalamnya menggambarkan manusia sebagai sistem adaptif. Adaptasi mengambarkan proses koping terhadap stressor dan produk akhir dari koping. Proses adaptasi termasuk fungsi holistic bertujuan untuk mempengaruhi kesehatan secara positif yang pada akhirnya akanmeningkatkan integritas. Proses adaptasi termasuk didalamnya proses interaksi manusia dengan lingkunganyang terdiri dari dua proses. Bagian pertama dari proses ini dimulai dengan pperubahan dalam lingkungan internal dan eksternal yangmembutuhkan

sebuah respon. Perubahan tersebut dalam model adaptasi Roy digambarkan sebagai stressor atau stimulus fokal dan ditengahi oleh factor-faktor konstektual dan residual. Stressor menghasilkan interaksi yang biasanya disebut stress.

Bagian kedua adalah mekanisme koping yang dirangsang untuk menghasilkan respon adaptif dan inefektif.Produk adaptasi adalah hasil dari proses adaptasi dan digambarkan dalam istilah kondisi yang meningkatkan tujuan-tujuan manusia yang meliputi : kelangsungan hidup, pertumbuhan, reproduksi dan penguasaan yang disebut integritas. Kondisi akhir ini adalah kondisi keseimbangan dinamik equilibrium yang meliputi peningkatan dan penurunan respon-respon. Setiap kondisi adaptasi baru dipengaruhi oleh adaptasi yang lain, sehingga dinamik equilibrium manusia berada pada tingkat yang lebih tinggi. Jarak yang besar dari stimulus dapat disepakati dengan suksesnya manusia sebagai sistem adaptif. Jadi peningkatan adaptasi mengarah pada tingkat-tingkat yang lebih tinggi pada keadaan sejahtera atau sehat. Adaptasi kemudian disebut sebagai suatu fungsi dari stimuli yang masuk dan tingkatan adaptasi

j. Model Keperawatan

Pendekatan model keperawatan adalah model konsep yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, secaara holistik, bio,psiko,sosial dan spiritual. Fokus penangganan pada model keperawatan adalah penyimpangan perilaku, asuhan keperawatan berfokus pada respon individu terhadap masalah kesehatan yang actual dan potensial, dengan berfokus pada :rentang sehat sakit berdasarkan teori dasar keperawatan dengan intervensi tindakan keperawatan spesifik dan melakukan evaluasi hasil tindakan keperawatan. Model ini mengadopsi berbagai teori antara lain teori sistem, teori perkembangan dan teori interaksi

Latihan

1) Jelaskan ciri-ciri sehat jiwa menurut Yahoda.
2) Jelaskan komponen paradigma keperawatan jiwa.
3) Jelaskan ciri kesehatan jiwa menurut Maslow.
4) Jelaskan perbedaan model konsep medikal dengan keperawatan.

Petunjuk Jawaban Latihan

1) Untuk mampu menjawab latihan nomor 1, bacalah kembali mengenai ciri sehat menurut Yahoda
2) Untuk mampu menjawab latihan nomor 2, bacalah kembali mengenai paradigma keperawatan
3) Untuk mampu menjawab latihan nomor 3, bacalah kembali mengenai ciri sehat menurut Maslow

4) Untuk mampu menjawab latihan nomor 4, bacalah kembali model konsep keperawatan jiwa

Ringkasan

1. Keperawatan jiwa memandang manusia sebagai mahluk kholistik, yaitu mahluk biopsikososialspiritual.
2. Model konseptual memberikan keteraturan untuk berfikir, mengobservasi dan menginterpretasi apa yang dilihat, memberikan arah riset untuk mengidentifikasi suatu pertanyaan untuk menjawab fenomena dan menunjukkan pemecahan masalah
3. Tujuan dari model konseptual keperawatan :
    a. Menjaga konsistensi pemberian asuhan keperawatan.
    b. Mengurangi konflik, tumpang tindih, dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan.
    c. Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.
    d. Memberikan pedoman dalam menentukan kebijaksanaan dan keputusan.
    e. Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap anggota tim keperawatan.

Tes2

1) Model konseptual Interpersonal dikembangkan oleh….
    A. Sullivan dan Peplau
    B. Roger
    C. Linenger
    D. Roy

2) Menurut model konseptual interpersonal meyakini bahwa kelainan jiwa seseorang dipengaruhi oleh….
    A. Ansietas
    B. Konflik
    C. Ketakutan dan penolakan
    D. Benar semua
3) Peran perawat dalam terapi model konseptual interperasonal adalah….
    A. *Share anxieties*
    B. *Therapist use empathy*
    C. *Relationship*
    D. Benar semua

4) Tujuan dari model konseptual keperawatan ….
   A. Menjaga konsistensi pemberian asuhan keperawatan.
   B. Mengurangi konflik, tumpang tindih, dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan.
   C. Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.
   D. Benar Semua

5) Nyaman terhadap diri sendiri ditandai dengan….
   A. Mampu mengatasi berbagai perasaan : rasa marah, rasa takut, cemas, iri, rasa bersalah, rasa senang, cinta mencintai, dll.
   B. Mampu mengatasi kekecewaaan dalam kehidupan.
   C. Mempunyai Harga Diri yang wajar.
   D. Benar semua.

6) Menurut WHO individu yang sehat jiwa memiliki ciri-ciri sebagai berikut….
   A. Individu mampu menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk baginya.
   B. Memperoleh kepuasan dari hasil jerih payah usahanya.
   C. Merasa lebih puas memberi dari pada menerima.
   D. Benar Semua

7) Komponen dalam paradigma keperawatan jiwa meliputi….
   A. Manusia, keperawatan, lingkungan, dan kesehatan.
   B. Manusia, keperawatan, lingkungan dan psikologis
   C. Manusia, keprawatan, kesehatan dan kekeluargaan
   D. Manusia, lingkungan, kesehatan dan kegembiraan

Kunci Jawaban Tes

Tes 1
1) A
2) A
3) A
4) A
5) A

Tes 2
1) A
2) D
3) D
4) D
5) D
6) D
7) A

Daftar Pustaka

FIK UI & WHO, 2006. *Modul Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa* (MPKP), Jakarta: Tidak diterbitkan

Keliat, B.A., dkk. 2005. *Modul Basic Course Community Mental-Psychiatric Nursing*. Jakarta: Tidak diterbitkan

Ralph S.S., Rosenberg, M.C., Scroggins, L., Vassallo, B., Warren, J., 2005, *Nursing Diagnoses : Definitions & Classification,* NANDA International, Philadelphia

Rawlins, R.P., Heacoch, P.E., 1993, *Clinical Manual of Psychiatric Nursing,* Mosby Year Book, Toronto

Rawlins, R.P., Williams,S.R., Beck, C.M.,1993, *Mental Health Psychiatric Nursing a Holistic Life Cicle Approach,* Mosby Year Book, London

Stuart, G.W., Laraia, M.T., 1998, *Principles and Practice of Psychiatric Nursing,* 6th Edition, Mosby, St. Louis

Stuart, Gall Wiscart and sundeen, Sandra J. *Pocket guide to psychiatric nursing* (2 nd. Ed) Mosby Year Book, St. Louis, baltimore. Boston Chicago. London. Sydney. Toronto.

Stuat, G.W., Sundeen, S.J., 1998, *Keperawatan Jiwa, Buku Saku,* Terjemahan Hamid, A.S., Edisi 3, EGC, Jakarta

TIM Jiwa FIK UI. 1999. *Kumpulan Proses Keperawatan Masalah Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Bagian Keperawatan Jiwa Komunitas FIK UI, tidak diterbitkan

Townsend, M.C. 1998. *Diagnosis Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri: Pedoman untuk Pembuatan Rincian Perawatan*, Jakarta: EGC

BAB II
TERAPI DALAM KEPERAWATAN JIWA

Ns. Nurhalimah, S.Kep, M.Kep. Sp.Kep.J

PENDAHULUAN

Selamat Anda telah menyelesaikan Bab 1 Perkembangan Keperawatan Jiwa dengan baik. Selanjutnya Anda akan mempelajari Bab 2 yaitu Terapi dalam Keperawatan Jiwa.Materi pembelajaran ini sangat mendasar dan memberikan bekal pengetahuan Anda sebagai perawat untuk memahami bagaimana seorang perawat memiliki tanggung jawab yang sangat besar dalam pelaksanaan terapi modalitas, psikofarmaka, serta dalam pemberian obat psikofarmaka.

Untuk mempermudah Anda mempelajari bab ini, penulis membagi menjadi 3 topik yaitu.

1. Topik 1 akan membahas mengenai terapi modalitas dalam keperawatan jiwa.
2. Topik 2 membahas mengenai konsep psikofarmaka.
3. Topik 3 membahas mengenai peran perawat dalam psikofarmaka

Perlu penulis beritahukan bahwa terapi modalitas merupakan terapi utama dalam keperawatanjiwa, dimana perawat memiliki peran yang sangat penting karena, perawat berperan sebagai terapis yang harus merubah perilaku maladaftif pasien menjadi perilaku yang adaptif selain itu perawat dituntut untuk dapat meningkatkan potensi yang dimiliki pasien sebagai titik tolak penyembuhan. Mengingat begitu pentingnya peran perawat dalam terapi modalitas maka Anda harus mampu menyelesaikan Topik 1 dengan baik. Adapun tujuan umum Topik 1 adalah Andamampu menjelaskan kembali tentang terapi modalitas dalam keperawatan jiwa. Sedangkan secara khusus setelah mempelajari topik ini Anda mampu

1. Menjelaskan kembali pengertian dari terapi modalitas
2. Menjelaskan kembali jenis-jenis terapi modalitas dalam keperawatan jiwa
3. Melaksanakan terapi modalitas dalam keperawatan jiwa

Selain sebagai terapis dalam terapi modalitas, kemampuan yang harus dimiliki perawat adalah mengetahui konsep psikofarmaka. Kenapa perawat harus mengetahuinya? Karenaperawat berperan didalam pemberian obat dan merupakan tugas Anda sehari-hari. Untuk itu perawat harus mengetahui penggolongan, efek samping dan gejala putus zat akibat penggunaan obat psikofarmaka. Untuk meningkatkan pemahaman Anda mengenai konsep psikofarmaka, pelajarilah Topik 2 ini dengan baik. Setelah mempelajari Topik 2Anda diharapkan mampumenjelaskan kembali konsep psikofarmaka. Secara khusus topik ini bertujuan untuk

1. Menjelaskan pengertian psikofarmaka,
2. Menguraikan jenis obat psikofarmaka, dan
3. Menjelaskan efek samping obat psikofarmaka

Setelah mengetahui penggolongan, efek samping dan cara pemberian obat, perawat wajib melaksanakan 5 benar prinsip pemberian obat yaitu benar nama, obat, waktu, cara, dosis dan efek samping pemberian obat. Perawat juga wajib memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga terkait prinsip pemberian obat. Peran perawat yang tidak kalah penting adalah harus mengidentifikasi masalah klien dalam pemberian obat psikofarmaka dan melakukan evaluasi pemberian obat psikofarmaka. Agar kemampuan Anda meningkat didalam melaksanakan peran sebagai perawat pelajarilah Topik 3 dengan baik, karena tujuan dari topik ini adalah Anda mampu memahami peran perawat dalam pemberian obat psikofarmaka dan menerapkan prinsip 5 benar pemberian obat golongan psikofarmaka. Sedangkan tujuan khususnya adalah Anda mampu:

1. Mengidentifikasi masalah klien dalam pemberian obat psikofarmaka,
2. Menerapkan 5 prinsip benar pemberian obat psikofarmaka,
3. Melakanakan peran perawat dalam pemberian obat psikofarmaka, dan
4. Melakukan evaluasi pemberian obat psikofarmaka

Sebaiknya Anda mempelajari dan memahami terlebih dahulu Topik 1 dengan baik sebelum Anda melanjutkan mempelajari Topik 2, begitu seterusnya. Karena dengan memahami Topik 1 akan membantu Anda mempermudah memahami Topik 2 dan pemahaman Topik 2 akan meningkatkan pemahaman kegiatan belajar 3. Seperti pada modul1, pada setiap akhir topik , Anda akan menemuan tugas dan latihan soal, jangan lupa Anda harus menjawabnya dengan benar.Perhatikan petunjuk soal sebelum Anda menjawabnya. Anda dinyatakan lulus apabila telah menjawab sedikitnya 80% soal tersebut.Jika Anda belum mendapatkan nilai 80 berarti Anda belum berhasil memahami materi tersebut. Upaya yang dapat Anda lakukan untuk dapat menjawab soal tersebut adalah pelajari kembali bab ini dan disksusikan dengan teman Anda bagian yang Anda tidak mengerti atau hubungi fasilitator Anda. Saya yakin Anda pasti bisa. **Selamat Belajar Sukses Selalu Menyertai Anda !!**

Topik 1
Terapi Modalitas dalam Keperawatan Jiwa

Terapi modalitas merupakan terapi utama dalam keperawatanjiwa. Sebagai seorang terapis, perawat harus mampu mengubah perilaku maladaftif pasien menjadi perilaku yang adaptif serta meningkatkan potensi yang dimiliki pasien. Ada bermacam-macam terapi modalitas dalam keperawatan jiwa seperti terapi individu, terapi keluarga, terapi bermain, terapi lingkungan dan terapi aktifitas kelompok. Terapi modalitas dapat dilakukan secara individu maupun kelompok atau dengan memodifikasi lingkungan dengan cara mengubah seluruh lingkungan menjadi lingkungan yang terapeutik untuk klien, sehingga memberikan kesempatan klien untuk belajar dan mengubah perilaku dengan memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi.

A. TERAPI MODALITAS

Ada beberapa jenis terapi modalitas dalam keperawatan jiwa seperti:

1. Terapi Individu

Adalah suatu hubungan yang terstruktur yang terjalin antara perawat dan klien untuk mengubah perilaku klien. Diaman hubungan yang terjalin merupakan hubungan yang disengaja dengan tujuan terapi, dilakukan dengan tahapan sistematis (terstruktur) sehingga melalui hubungan ini diharapkan terjadi perubahan tingkah laku klien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan di awal hubungan.

Hubungan terstruktur dalam terapi individual ini, bertujuan agar klien mampu menyelesaikan konflik yang dialaminya. Selain itu klien juga diharapkan mampu meredakan penderitaan (distress) emosional, serta mengembangkan cara yang sesuai dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

Tahapan hubungan dalam terapi individual meliputi:

a. Tahapan Orientasi

Tahap orientasi dilakukan ketika perawat pertama kali berinteraksi dengan klien.dilaksanakan pada tahap ini, tindakan yang pertama kali harus dilakukan adalah membina hubungan saling percaya dengan klien. Hubungan saling percaya antara perawat dan klien sangat penting terjalin, karena dengan terjalinnya hubungan saling percaya, klien dapat diajak untuk mengekspresikan seluruh permasalahannya dan ikut bekerja sama dalam menyelesaikan masalah yang dialami, sepanjang berhubungan dengan perawat. Bila hubungan saling percaya telah terbina dengan baik, tahapan berikutnya adalah klien bersama perawat mendiskusikan apa yang menjadi penyebab timbulnya masalah yang terjadi pada klien, jenis konflik yang terjadi, juga dampak dari masalah tersebut terhadap klien Tahapan orientasi diakhiri dengan adanya kesepakatan antara perawat dan klien tentang tujuan yang hendak dicapai dalam

hubungan perawat-klien dan bagaimana kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan tersebut.

b. Tahapan Kerja

Pada tahaap ini perawat memiliki peran yang sangat penting sebagai seorang terapis dalam memberikan berbagi intervensi keperawatan. Keberhasilan pada tahap ini ditandai dengan kemampuan perawat dalam mengali dan mengeksplorasiklien untuk mengungkapkan permasalahan yang dialami. Pada tahap ini juga sangat penting seorang terapis Pada tahap ini, klien dibantu untuk dapat mengembangkan pemahaman tentang dirinya, dan apa yang terjadi dengan dirinya. Selain itu klien didorong untuk berani mengubah perilaku dari perilaku maladaptive menjadi perilaku adaptif.

c. Tahapan Terminasi

Tahap terminasi terjadi bila klen dan perawat menyepakati bahwa masalah yang mengawali terjalinnya hubungan terapeutik telah terselesaikan dan klien telah mempu mengubah perilaku dari maladaptif menjadi adaptif. Pertimbangan lain untuk melakukan terminasi adalah apabila klien telah merasa lebih baik, terjadi peningkatan fungsi diri, social dan pekerjaan, serta yang terpenting adalah tujuan terapi telah tercapai.

2. Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan adalah suatu terapi yang dilakukan dengan cara mengubah atau menata lingkungan agar tercipta perubahan perilaku pada klien dari perilaku maladaptive menjadi perilaku adaptif. Proses terapi dilakukan dengan mengubah seluruh lingkungan menjadi lingkungan yang terapeutik untuk klien. Dengan lingkungan yang terapeutik akan memberikan kesempatan klien untuk belajar dan mengubah perilaku dengan memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi.

Penting sekali bagi seorang perawat untuk memberikan kesempatan, dukungan, pengertian agar klien dapat berkembang menjadi pribadi yang bertanggung jawab. Dengan terapi lingkungan klein belajar ketrampilan baru seperti mentaati aturan yang berlaku, selain itu klien belajar untuk mewujudkan haarapan dari lingkungan sekitar yang telah disepakti bersamaserta belajar untuk menghadapi dan meyelesaikan tekanan dari teman (peer group), serta belajar berinteraksi dengan orang lain. Tujuan akhir dari terapi lingkungan adalah r meningkatnya kemampuan klien dalam berkomunikasi dan mengambil keputusan yang pada akhirnya harga diri klien meningkat. Selain itu dengan terapi lingkungan diajarkan cara beradaptasi dengan lingkungan baru di luar rumah sakit sepessrti lingkungan rumah, tempat kerja dan masyarakat.

3. Terapi Biologis

Penerapan terapi biologis atau terapi somatic didasarkan pada model medical di mana gangguan jiwa dipAndang sebagai penyakit. PAndangan model ini berbeda dengan model konsep terapi yang lain yang, Karena model terapi ini memAndang bahwa gangguan jiwa

murni dissebabkan karena adanya gangguan pada jiwa semata, tanpa mempertimbangkan adanya kelaianan patofisiologis. Proses terapi dilakukan dengan melakukan pengkajian spesifik dan pengelompokkasn gejala dalam sindroma spesifik. Perilaku abnormal dipercaya akibat adanya perubahan biokimiawi tertentu.

Beberapa jenis terapi somatic gangguan jiwa seperti: pemberian obat (medikasi psikofarmaka), intervensi nutrisi,electro convulsive therapy (ECT), foto terapi, dan bedah otak. Beberapa terapi yang sampai sekarang tetap diterapkan dalam pelayanan kesehatan jiwa meliputi medikasi psikoaktif dan ECT.

4. Terapi Kognitif

Prinsip terapi ini adalah memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku klien. Proses terapi dilakukan dengan membantu menemukan stressos yang menjadi penyebab gangguan jiwa, selanjutnya mengidentifikasi dan mengubah pola fikir dan keyakinan yang tidak akurat menjadi akurat.

Terapi kognitif berkeyakinan bahwa gangguan perilaku terjadi akibat pola keyakinan dan berfikir klien yang tidak akurat. Untuk itu salah satu prinsip terapi ini adalah modifikasi perilaku adalah dengan mengubah pola berfikir dan keyakinan tersebut. Fokus auhan adalah membantu klien untuk mengevaluasi kembali ide, nila yang diyakini serta harapan dan kemudian dilanjutkan dengan menyusun perubahan kognitif.

Pemberian terapi kognitif bertujuan untuk :

a. Mengembangkan pola berfikir yang rasional. Mengubah pola berfikir tak rasional yang sering mengakibatkan gangguan perilaku menjadi pola berfikir rasional berdasarkan fakta dan informasi yang actual.
b. Membiasakan diri selalu menggunakan cara berfikir realita dalam menanggapi setiap stimulus sehingga terhindar dari distorsi pikiran.
c. Membentuk perilaku baru dengan pesan internal. Perilaku dimodifikasi dengan terlebih dahulu mengubah pola berfikir.

Bentuk intervensi dalam terapi kognitif meliputi mengajarkan untuk mensubstitusi pikiran klien, belajar penyelesaian masalah dan memodifikasi percakapan diri negatif.

5. Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah terapi yang diberikan kepada seluruh anggota keluarga dimana setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsi sebagai terapis. Terapi ini bertujuan agar keluarga mampu melaksanakan fungsinya dalam merawat klien dengan gangguan jiwa. Untuk itu sasaran utama terapi jenis ini adalah keluarga yang mengalami disfungsi; yaitu keluarga yang tidak mampu melaksanakan fungsi-fungsi yang dituntut oleh anggotanya.

Dalam terapi keluarga semua masalah keluarga yang dirasakan diidentifikasi selanjutnya setiap anggota keluarga mengidentifikasi penyebab masalah tersebut dan kontribusi setiap anggota keluarga terhadap munculnya masalah.untuk kemudian mencari

solusi untuk mempertahankan keutuhan keluarga dan meningkatkan atau mengembalikan fungsi keluarga seperti yang seharusnya.

Proses terapi keluarga terdiri dari tiga tahapan yaitu fase 1 (perjanjian), fase 2 (kerja), fase 3 (terminasi). Di fase pertama perawat dan klien mengembangkan hubungan saling percaya, isu-isu keluarga diidentifikasi, dan tujuan terapi ditetapkan bersama. Kegiatan di fase kedua atau fase kerja adalah keluarga dengan dibantu oleh perawat sebagai terapis berusaha mengubah pola interaksi antar anggota keluarga, meningkatkan kompetensi masing-masing anggota keluarga, dan mengeksplorasi batasan-batasan dalam keluarga serta peraturan-peraturan yang selama ini ada.

Terapi keluarga diakhiri di fase terminasi di mana keluarga mampu memecahkan masalah yang dialami dengan mengatasi berbagai isu yang timbul. Keluarga juga diharapkan dapat mempertahankan perawatan yang berkesinambungan.

6. Terapi Aktifitas Kelompok

Terapi kelompok merupakan suatu psikoterapi yang diberikan kepada sekelompok pasien dilakukan dengan cara berdiskusi antar sesama pasien dan dipimpin atau diarahkan oleh seorang therapist atau petugas kesehatan jiwa yang telah terlatih.

a. Manfaat TAK

Secara umum terapi aktivitas kelompok mempunyai manfaat:

1) Meningkatkan kemampuan menilai dan menguji kenyataan (reality testing) melalui komunikasi dan umpan balik dengan atau dari orang lain.
2) Meningkatkan kemampuan sosialisasi pasien
3) Meningkatkan kesadaran tentang pentingnya hubungan antara reaksi emosional diri sendiri dengan perilaku defensive (bertahan terhadap stress) dan adaptasi.
4) Membangkitkan motivasi bagi kemajuan fungsi-fungsi psikologis seperti kognitif dan afektif.

Secara khusus tujuan terapi aktifitas kelompok adalah

1) Meningkatkan identitas diripasien .
2) Menyalurkan emosipasien secara konstruktif.
3) Meningkatkan keterampilan hubungan sosial yang akan membantu pasien didalam kehidupan sehari-hari.
4) Bersifat rehabilitatif: meningkatkan kemampuan ekspresi diri, keterampilan sosial, kepercayaan diri, kemampuan empati, dan meningkatkan kemampuan tentang masalah-masalah kehidupan dan pemecahannya.

b. Jenis Terapi Aktifitas Kelompok

1) TAK: Stimulasi Persepsi
   a) Definisi: Terapi aktivitas kelompok (TAK): Stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan akivitas sebagai stimulus yang terkait dengan pengalaman dan atau kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok. Hasil diskusi kelompok

dapat berupa kesepakatan persepsi atau alternatif penyelesaian masalah. Fokus terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi adalah membantu pasien yang mengalami kemunduran orientasi.Terapi ini sangat efektif untuk pasein yang mengalami gangguan persepsi; halusinasi, menarik diri , gangguan orientasi realitas, kurang inisiatif atau ide. Pasien yang mengikuti kegiatan terapi ini merupakan pasien yang kooperatif, sehat fisik, dan dapat berkomunikasi verbal.

b) Tujuan TAK stimulasi persepsi

Tujuan umum : pasien memiliki kemampuan dalam menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh paparan stimulus yang diterimanya

Tujuan khususnya:

(1) Pasien dapat mempersepsikan stimulus yang dipaparkan kepadanya dengan tepat.

(2) Klien dapat menyelesaikan masalah yang timbul dari stimulus yang dialami.

c) Aktivitas dalam TAK terbagi dalam empat bagian

(1) Mempersepsikan stimulus nyata sehari-hari yaitu:

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi yang dilakukan adalah: menonton televisi. membaca majalah/koran/artikel dan melihat gambar.

(2) Stimulus nyata dan respons yang dialami dalam kehidupan

Untuk TAK ini pasien yang mengikuti adalah pasien dengan halusinasi, dan pasien menarik diri yang telah mengikuti TAKS, dan pasien dengan perilaku kekerasan. Aktivitas ini dibagi dalam beberapa sesi yang tidak dapat dipisahkan, yaitu :

- Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mengenal kekerasan yang bisa dilakukan materi terapi ini meliputi penyebab, tAnda dan gejala, perilaku kekerasan; akibat perilaku kekerasan.
- Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan fisik
- Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mencegah perilaku kekerasan melalui interaksi sosial asertif;
- Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mencegah perilaku kekerasan melalui kepatuhan minum obat;
- Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan ibadah.

(3) Stimulus yang tidak nyata dan respons yang dialami dalam kehidupan

Aktivitas dibagi dalam beberapa sesi yang tidak dapat dipisahkan, yaitu:Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mengenal halusinasi

2) Terapi Aktifitas Kelompok Sosialisasi

Tujuan umum dari terapi aktifitas kelompok sosialisasi adalah meningkatkan kemampuan sosialisasi pada pasien dengan isolasi sosial. Sedangkan tujuan khususnya adalah:

a) Meningkatkan kemampuan komunikasi verbal pasien
b) Pasien dapat meningkatkan kemampuan komunikasi non verbal
c) Pasien dapat berlatih mematuhi peraturan
d) Pasien dapat meningkatkan interaksi dengan klien lain
e) Pasien dapat meningkatkan partisipasi dalam kelompok
f) Pasien dapat mengungkapkan pengalamannya yang menyenangkan
g) Pasien dapat menyatakan perasaan tentang terapi aktifitas kelompok sosialisasi

Kriteria pasien yang dapat mengikuti terapi aktifitas kelompok sosialisasi adalah
a) Pasien menarik diri yang cukup kooperatif
b) Klien yang sulit mengungkapkan perasaannya melalui komunikasi verbal
c) Klien dengan gangguan menarik diri yang telah dapat berinteraksi dengan orang lain
d) Klien dengan kondisi fisik yang dalam keadaan sehat (tidak sedang mengidap penyakit fisik tertentu seperti diare, thypoid dan lain-lain)
e) Klien halusinasi yang sudah dapat mengontrol halusinasinya
f) Klien dengan riwayat marah/amuk yang sudah tenang

c. Tahapan terapi aktifitas kelompok (TAK)

Terapi aktifitas kelompok terdiri dari 4 fase yaitu:

1) Fase Prakelompok: Fase ini dimulai dengan membuat tujuan terapi, menentukan leader, jumlah anggota, kriteria anggota, tempat dan waktu kegiatan serta media yang digunakan. Jumlah anggota pada terapi kelompok biasanya 7-8 orang. Sedangkan jumlah minimum 4 dan maksimum 10. Kriteria anggota yang da mengikuti terapi aktifitas kelompok adalah: sudah terdiagnosa baik medis maupun keperawatan, tidak terlalu gelisah, tidak agresif, serta tidak terdiagnosa dengan waham.
2) Fase Awal Kelompok

   Fase ini ditAndai dengan timbulnya ansietas karena masuknya anggota kelompok, dan peran baru. fase ini terbagi atas tiga fase, yaitu orientasi, konflik, dan kohesif.

   a) Tahap orientasi

      Pada fase ini anggota mulai mencoba mengembangkan sistem sosial masing-masing, leader menunjukkan rencana terapi dan menyepakati kontrak dengan anggota.

   b) Tahap konflik

      Merupakan masa sulit dalam proses kelompok. Pemimpin perlu memfasilitasi ungkapan perasaan, baik positif maupun negatif dan membantu kelompok mengenali penyebab konflik. Serta mencegah perilaku perilaku yang tidak produktif

   c) Tahap kohesif

      Anggota kelompok merasa bebas membuka diri tentang informasi dan lebih intim satu sama lain

3) Fase Kerja Kelompok

Pada fase ini, kelompok sudah menjadi tim. Kelompok menjadi stabil dan realistis. Pada akhir fase ini, anggota kelompok menyadari produktivitas dan kemampuan yang bertambah disertai percaya diri dan kemandirian

4) Fase Terminasi

Fase ini ditAndai oleh perasaan puas dan pengalaman kelompok akan digunakan secara individual pada kehidupan sehari-hari. Terminasi dapat bersifat sementara (temporal) atau akhir.

7. Terapi Perilaku

Anggapan dasar dari terapi perilaku adalah bahwa perilaku timbul akibat proses pembelajaran. Teknik dasar yang digunakan dalam terapi jenis ini adalah:

a. Role model
b. Kondisioning operan
c. Desensitisasi sistematis
d. Pengendalian diri
e. Terapi aversi atau releks kondisi

Strategi teknik role model adalah mengubah perilaku dengan memberi contoh perilaku adaptif untuk ditiru klien. Dengan teknik ini klien akan mencontoh dan mampelajarisertameniru perilaku tersebut. Teknik ini biasanya dikombinasikan dengan teknik konditioning operan dan desensitisasi.Konditioning operan disebut juga penguatan positif pada teknik ini seorang terapis memberi penghargaan kepada klien terhadap perilaku yang positif yang telah ditampilkan oleh klien. Dengan penghargaan dan umpan balik positif diharapkan klien akan mempertahankan atau meningkatkannya.

Terapi perilaku yanga sangat cocok diterapkan pada klien fobia adalah teknik desensitisasi sistematis yaitu teknik mengatasi kecemasan terhadap sesuatu stimulus atau kondisi dengan cara bertahap. Dalam keadaan relaks, secara bertahap klien diperkenalkan /dipaparkan terhadap stimulus atau situasi yang menimbulkan kecemasan.Intensitas pemaparan stimulus makin meningkat seiring dengan toleransi klien terhadap stimulus tersebut. Hasil akhir dari terapi ini adalah klien berhasil mengatasi ketakutan atau kecemasannya akan stimulus tersebut.

Untuk mengatasi perilaku maladaptive, klien dapat dilatih dengan menggunakan teknik pengendalian diri. Bentuk latihannya adalah berlatih mengubah kata-kata negatif menjadi kata-kata positif. Apabila ini berhasil maka, klien memiliki kemampuan untuk mengendalikan perilaku sehingga terjadinya penurunan tingkat distress klien.

Mengubah perilaku dapat juga dilakukan dengan memberi penguatan negatif. Caranya adalah dengan memberi pengalaman ketidaknyamanan untuk mengubah perilaku yang maladaptive. Bentuk ketidaknyamanan, dapat berupa menghilangkan stimulus positif sebagai “punishment” terhadap perilaku maladaptive tersebut. Dengan teknik ini klien

belajar untuk tidak mengulangi perilaku demi menghindari konsekuensi negatif yang akan diterima akibat perilaku negatif tersebut.

8. Terapi Bermain

Terapi bermain diterapkan karena ada anggapan dasar bahwa anak-anak akan dapat berkomunikasi dengan baik melalui permainan dari pada dengan ekspresi verbal. Dengan bermain perawat dapat mengkaji tingkat perkembangan, status emosional anak, hipotesa diagnostiknya, serta melakukan intervensi untuk mengatasi masalah anak.

Prinsip terapi bermain meliputi membina hubungan yang hangat dengan anak, merefleksikan perasaan anak yang terpancar melalui permainan, mempercayai bahwa anak dapat menyelesaikan masalahnya, dan kemudian menginterpretasikan perilaku anak tersebut.Terapi bermain diindikasikan untuk anak yang mengalami depresi, ansietas, atau sebagai korban penganiayaan (abuse). Terapi bermain juga dianjurkan untuk klien dewasa yang mengalami stress pasca trauma, gangguan identitas disosiatif dan klien yang mengalami penganiayaan.

Latihan

1) Jelaskan prinsip-prinsip terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi
2) Jelaskan prinsip terapi individu

Petunjuk Jawaban Latihan

1) Untuk mampu menjawab Latihan nomor 1, pelajarilah kembali materi tentang terapi aktifitas kelompok
2) Untuk mampu menjawab Latihan nomor 2, pelajarilah kembali terapi individu

Ringkasan

1. Jenis terapi modalitas yang dikembangkan pada keperawatan jiwa yaitu: terapi individu, terapi aktifitas kelompok, terapi keluarga, terapi kognitif, terapi biologis dan terapi kelompok serta terapi bermain.
2. Peran perawat sangatlah penting didalam terapi modalitas karena perawat merupakan terapis yang akan merubah perilaku maladaftif pasien menjadi adaptif serta meningkatkan potensi yang dimiliki pasien.
3. Tahapan terapi aktifitas kelompok terdiri dari 4 fase yaitu:Fase Prakelompok yang dimulai dengan membuat tujuan terapi, menentukan leader, jumlah anggota, kriteria anggota, tempat dan waktu kegiatan serta media yang digunakan. Selanjutnya adalah fase awal kelompok ditAndai dengan timbulnya ansietas karena masuknya anggota kelompok, dan peran baru. fase ini terbagi atas tiga fase, yaitu orientasi, konflik, dan kohesif. Selanjutnya fase kerja kelompok dan terakhir fase terminasi ditAndai dengan

adanya perasaan puas dan pengalaman kelompok akan digunakan secara individual pada kehidupan sehari-hari. Terminasi dapat bersifat sementara (temporal) atau akhir.

Tes 1

1) Berikut ini adalah Jenis terapi modalitas pada klien pada gangguan jiwa….
   A. Intervensi nutrisi,
   B. *electro convulsive therapy* (ECT),
   C. foto terapi,
   D. bedah otak.
   E. Terapi bermain.

2) Tujuan Terapi keluarga….
   A. Agar keluarga mampu melaksanakan fungsinya dalam merawat klien dengan gangguan jiwa.
   B. Diberikan hanya kepada klien
   C. Fungsi keluarga berjalan dengan baik
   D. Anggota keluarga menjadi nyaman
   E. Keluarga menjadi lebih harmonis

3) Pemberian terapi kognitif bertujuan untuk, kecuali….
   A. Mengembangkan pola berfikir yang rasional.
   B. Mengubah pola berfikir tak rasional menjadi pola berfikir rasional berdasarkan fakta dan informasi yang actual.
   C. Membiasakan diri selalu menggunakan cara berfikir realita dalam menanggapi setiap stimulus sehingga terhindar dari distorsi pikiran.
   D. Membentuk perilaku baru dengan pesan internal.
   E. Mempertahankan Perilaku yang belum dimodifikasi.

4) Teknik role model adalah ….
   A. Strategi mengubah perilaku dengan memberi contoh perilaku adaptif untuk ditiru klien.
   B. Memberikan penguatan positif di mana terapis memberi penghargaan kepada klien terhadap perilaku yang positif yang telah ditampilkan oleh klien.
   C. Mengubah kata-kata negatif menjadi kata-kata positif.
   D. Kemampuan untuk mengendalikan perilaku sehingga menghasilkan terjadinya penurunan tingkat distress klien tersebut.
   E. Mengubah perilaku dapat juga dilakukan dengan memberi penguatan negatif.

Topik 2
Konsep Psikofarmaka

Tentu Anda bertanya mengapa saya harus mempelajari psikofarmaka? Anda harus mempelajari psikofarmaka karena salah satu peran yang Anda lakukan sehari-hari adalah pemberian obat. Untuk mampu menjalankan peran tersebut, Anda harus mengetahui penggolongan, efek samping dan gejala putus zat akibat penggunaan obat psikofarmaka.

A. PENGERTIAN PSIKOFARMAKA

Obat psikofarmaka disebut juga sebagai obat psikotropika, atau obat psikoaktif atau obat psikoteraputik. Penggolonganobat ini didasarkan atas adanya kesamaan efek obat terhadap penurunan aatau berkurangnya gejala.Kesamaan dalam susunan kimiawi obat dan kesamaan dalam mekanisme kerja obat.

Obat psikofarmaka adalah obat yang bekerja pada susunan saraf pusat (SSP) dan mempunyai efek utama terhadap aktivitas mental dan perilaku *(mind and behavior altering drugs),*digunakan untuk terapi gangguan psikiatrik *(psychotherapeutic medication).* Obat psikofarmaka, sebagai salah satu zat psikoaktif bila digunakan secara salah *(misuse)* atau disalahgunakan *(abuse)* beresiko menyebabkan gangguan jiwa. Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) penyalahgunaan obat psikoaktif digolongkan kedalam gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif. Gangguan mental dan perilaku tersebut dapat bermanifestasi dalam bentuk:

1. Intoksikasi akut (tanpa atau dengan komplikasi)

Kondisi ini berkaitan dengan dosis zat yang digunakan (efek yang berbeda pada dosis yang berbeda). Gejala intoksikasi tidak selalu mencerminkan aksi primer dari zat dan dapat terjadi efek paradoksal.

2. Penggunaan yang merugikan *(harmful use)*

Kondisi ini merupakan pola penggunaan zat psikoaktif yang merusak kesehatan (dapat berupa fisik dan atau mental). Pada kondisi ini belum menunjukkan adanya sindrom ketergantungan tetapi sudah berdampak timbulnya kelemahan/hendaya psikososial sebagai dampaknya.

3. Sindrom ketergantungan *(dependence syndrome)*

Kondisi ini ditAndai dengan munculnya keinginan yang sangat kuat (dorongan kompulsif) untuk menggunakan zat psikoaktif secara terus menerus dengan tujuan memperoleh efek psiko aktif dari zat tersebut. Pada kondisi ini individu tidak mampu menguasai keinginan untuk menggunakan zat, baik mengenai mulainya, menghentikannya, ataupun membatasi jumlahnya *(loss of control).*Pengurangan dan penghentian penggunaan zat ini, akan menimbulkan keadaan putus zat, yang akan mengakibatkan perubahan

fisiologis yang sangat tidak menyenangkan, sehingga memaksa orang tersebut menggunakannya lagi atau menggunakan obat lain yang sejenis untuk menghilangkan gejala putus obat tersebut.

Untuk memperoleh efek yang sama (gejala toleransi), individu harus meningkatkan dosis penggunaan zat psikoaktif dan terus menggunakannya walaupun individu tersebut, menyadari adanya akibat yang merugikan kesehatannya

4. Keadaan putus obat *(withdrawal state)*

Adalah gejala-gejala fisik dan mental yang timbul pada saat penghentian penggunaan zat yang terus menerus dalam jangka waktu panjang atau dosis tinggi. Gejala putus obat, sangat tergantung pada jenis dan dosis zat yang digunakan. Gejala putus zat,akan mereda bila pengguna meneruskan penggunaan zat. Ini merupakan salah satu indikator dari sindrom ketergantungan.

5. Gangguan psikotik

Merupakan sekumpulan gejala-gejala psikotik yang terjadi selama atau segera setelah penggunaan zat psikoaktif. Gejala psikotik ditandai dengan adanya halusinasi, kekeliruan identifikasi, waham dan atau *ideas of reference* (gagasan yang menyangkut diri sendiri sebagai acuan) yang seringkali bersifat kecurigaan atau kejaran. Selain itu timbul gangguan psikomotor *(excitement* atau *stupor)* dan afek abnormal yang terentang antara ketakutan yang mencekam sampai pada kegembiraan yang berlebihan. Variasi gejala sangat dipengaruhi oleh jenis zat yang digunakan dan kepribadian pengguna zat

6. Sindrom amnestik

adalah hendaya/gangguan daya ingat jangka pendek *(recent memory)* yang menonjol. Pada sindrom ini juga kadang-kadang muncul gangguan daya ingat jangka panjang *(remote memory),* sedangkan daya ingat segera *(immediate recall)* masih baik. Fungsi kognitif lainnya biasanya relative baik. Adanya gangguan sensasi waktu (menyusun kembali urutan kronologis, meninjau kejadian berulangkali menjadi satu peristiwa). Pada kondisi ini, kesadaran individu kompos mentis, namun terjadi perubahan kepribadian yang sering disertai apatis dan hilangnya inisiatif, serta kecenderungan mengabaikan keadaan

B. JENIS OBAT PSIKOFARMAKA

1. Obat anti-psikosis

Obat anti-psikosis merupakan sinonim dari *neuroleptics,major transqualizer,ataractics, antipsychotics, antipsychotic drugs, neuroleptics.* Obat-obat anti-psikosis merupakan*antagonis dopamine* yang bekerja menghambat reseptor dopamine dalam berbagai jaras otak. Sedian obat anti-psikosis yang ada di Indonesia adalah chlorpromazine, haloperidol, perphenazine, fluphenazine, fluphenazine decanoate, levomepromazine, trifluoperazine, thioridazine, sulpiride, pinozide, risperidone.

Indikasi penggunaan obat ini adalah syndrome psikosis yang ditAndai dengan adanya hendaya berat dalam kemampuan daya menilai realitas, fungsi mental, dan fungsi kehidupan sehari-hari.

a. Sindrom psikosis dapat terjadi pada sindrom psikosis fungsional seperti skozofrenia, psikosis paranoid, psikosis afektif dan psikosis reaktif singkat. Dan pada
b. Sindrom psikosis organic seperti, sindrom delirium, dementia, intoksikasi alkohol, dan lain-lain.

2. Obat anti-depresi

Obat anti-depresi sinonim dari thymoleptic, psychic energizers, anti depressants, anti depresan. Sediaan obat anti-depresi di Indonesia adalah amitriptyline, amoxapine, amineptine, clomipramine, imipramine, moclobemide, maprotiline, mianserin, opipramol, sertraline, trazodone, paroxetine, fluvoxamine, fluoxetine. Jenis obat anti-depresi adalah anti-depresi trisiklik, anti-depresi tetrasiklik, obat anti-depresi atipikal, selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), dan inhibitor monoamine okside (MAOI). Indikasi klinik primer penggunaan obat-obat anti-depresi adalah sindrom depresi yang dapat terjadi pada

a. Sindrom depresi panic, gangguan afektif bipolar dan unipolar. Gangguan distimik dan gangguan siklotimik.
b. Sindrom depresi organik seperti hypothyroid induced depression, brain injury depression dan reserpine.
c. Sindrom depresi situasional seperti gangguan penyesuaian dengan depresi, grief reaction, dll; dan sindrom depresi penyerta seperti gangguan jiwa dengan depresi (gangguan obsesi kompulsi, gangguan panic, dimensia), gangguan fisik dengan depresi (stroke, MCI, kanker, dan lain-lain).

3. Obat anti-mania

Obat anti-mania merupakan sinonim *dari mood modulators, mood stabilizers, antimanics.* Sediaan obat anti-mania di Indonesia adalah litium carbonate, haloperidol, carbamazepine. Indikasi penggunaan obat ini adalah sindrom mania ditAndai adanya keadaan afek yang meningkat hampir setiap hari selama paling sedikit satu minggu. Keadaan tersebut disertai paling sedikit 4 gejala berikut:Peningkatan aktivitas, lebih banyak berbicara dari lazimnya, lompat gagasan, rasa harga diri yang melambung, berkurangnya kebutuhan tidur, mudah teralih perhatian, keterlibatan berlebih dalam aktivitas. Hendaya dalam fungsi kehidupan sehari-hari, bermanifestasi dalam gejala seperti penurunan kemampuan bekerja, hubungan sosial dan melakukan kegiatan rutin.

4. Obat anti-ansietas

Obat anti-ansietas merupakan sinonim psycholeptics, minor transqualizers, anxiolytics, antianxiety drugs, ansiolitika. Obat anti-ansietas terdiri atas golongan benzodiazepine dan nonbenzodiazepin. Sediaan obat anti-ansietas jenis benzodiazepine adalah diazepam, chlordiazepoxide, lorazepam, clobazam, bromazepam, oxasolam, clorazepate, alprazolam,

prazepam. Sedangkan jenis non benzodiazepine adalah sulpiride dan buspirone. Indikasi penggunaan obat ini adalah sindrom ansietas seperti :

a. Sindrom ansietas psikik seperti gangguan ansietas umum, gangguan panik, gangguan fobik, gangguan obsesif kompulsif, gangguan stress paska trauma
b. Sindrom ansietas organic seperti hyperthyroid, pheochromosytosis, dll; sindrom ansietas situasional seperti gangguan penyesuaian dengan ansietas dan gangguan cemas perpisahan
c. Sindrom ansietas penyerta seperti gangguan jiwa dengan ansietas (skizofrenia, gangguan paranoid, dll),
d. Penyakit fisik dengan ansietas seperti pada klien stroke, Myocard Cardio Infac (MCI) dan kanker dll

5. Obat anti-insomnia

Obat anti-insomnia merupakan sinonim dari hypnotics, somnifacient, hipnotika. Sediaan obat anti-insomnia di Indonesia adalah nitrazepam, triazolam, estazolam, chloral hydrate. Indikasi penggunaan obat ini adalah sindrom insomnia yang dapat terjadi pada

a. Sindrom insomnia psikik seperti gangguan afektif bipolar dan unipolar (episode mania atau depresi, gangguan ansietas (panic, fobia); sindrom insomnia organic seperti hyperthyroidism, putus obat penekan SSP (benzodiazepine, phenobarbital, narkotika), zat perangsang SSP (caffeine, ephedrine, amphetamine);
b. Sindrom insomnia situasional seperti gangguan penyesuaian dengan ansietas/depresi, *sleep, wake schedule (jet lag, workshift),* stres psikososial;
c. Sindrom insomnia penyerta seperti gangguan fisik dengan insomnia *(pain producing illness, paroxysmal nocturnal dyspnea),*
d. Gangguan jiwa dengan insomnia (skizofrenia, gangguan paranoid).

6. Obat anti-obsesif kompulsif

Obat anti-obsesif kompulsif merupakan persamaan dari *drugs used in obsessive-compulsive disorders.* Sediaan obat anti-obsesif kompulsif di Indonesia adalah clomipramine, fluvoxamine, sertraline, fluoxetine, paroxetine. Indikasi penggunaan obat ini adalah sindrom obsesif kompulsi. Diagnostik obsesif kompulsif dapat diketahui bila individu sedikitnya dua minggu dan hampir setiap hari mengalami gejala obsesif kompulsif, dan gejala tersebut merupakan sumber penderitaan *(distress)* atau mengganggu aktivitas sehari-hari *(disability).*

7. Obat anti-panik

Obat anti-panik merupakan persamaan dari *drugs used in panic disorders.* Sediaan obat anti-panik di Indonesia adalah imipramine, clomipramine, alprazolam, moclobemide, sertraline, fluoxatine, parocetine, fluvoxamine. Penggolongan obat anti-panik adalah obat anti-panik trisiklik (impramine, clomipramine), obat anti-panik benzodiazepine (alprazolam) dan obat anti-panik RIMA/*reversible inhibitors of monoamine oxydase-A (moclobmide)*serta obat anti-panik SSRI (sertraline, fluoxetine,paroxetine, fluvoxamine). Indikasi penggunaan

obat ini adalah sindrom panik. Diagnostik sindrom panik dapat ditegakkan paling sedikit satu bulan individu mengalami beberapa kali serangan ansietas berat, gejala tersebut dapat terjadi dengan atau tanpa agoraphobia. Panik merupakan gejala yang merupakan sumber penderitaan *(distress)* atau mengganggu aktivitas sehari-hari *(phobic avoidance)*

C. EFEK SAMPING OBAT PSIKOFARMAKA

1. Anti-psikosis

Efek samping penggunaan obat-obat anti psikotik sangat luas dan bervariasi, untuk itu seorang perawat dituntut untuk memberikan asuhan perawatan yang optimal, sehingga efek samping penggunaan obat ini tidak membahayakan klien.

a. Efek samping yang harus diperhatikan adalah sindrom ekstrapiramidal (EPS), baik jangka akut maupun kronik. Efek samping yang bersifat umum meliputi neurologis, behavioral, autoimun, autonomik. Reaksi neurologis yang terjadi adalah timbulnya gejala-gejala ekstrapiramidal (EPS) seperti reaksi distonia akut yang terjadi secara mendadak dan sangat menakutkan bagi klien seperti spasme kelompok otot mayor yang meliputi leher, punggung dan mata. Katatonia, yang akan mengakibatkan gangguan pada sistem pernafasan. Reaksi neurologis yang juga sering terjadi adalah akatisia ditAndai dengan rasa tidak tenteram, dan sakit pada tungkai, gejala ini akan hilang jika klienmelakukan gerakan.
b. Sindrom parkinson's merupakan kelainan neurologis yang sering muncul sebagai efek samping penggunaan obat golongan ini. Gejala sindrom Parkinson meliputi akinesia, rigiditas/kekakuan dan tremor. Akinesia adalah suatu keadaan dimana tidak ada atau perlambatan gerakan, sikap tubuh klienkaku seperti layaknya sebatang kayu yang padat, cara berjalan inklin dengan ciri berjalan dengan posisi tubuh kaku kedepan, langkah kecil dan cepat dan wajah seperti topeng. Pada pemeriksaan fisik terjadi rigiditas/kekakuan pada otot, tremor halus bilateral di seluruh tubuh serta gerakan "memutar-pil" dari jari-jari tangan.
c. Reaksi behavioral akibat efek samping dari penggunaan obat ini ditAndai dengan banyak tidur, grogines dan keletihan.
d. Reaksi autoimun ditAndai dengan penglihatan kabur, konstipasi, takikardi, retensi urine, penurunan sekresi lambung, penurunan berkeringat dan salivasi (mulut kering), sengatan panas, kongesti nasal, penurunan sekresi pulmonal, "psikosis atropine" pada klien geriatrik, hiperaktivitas, agitasi, kekacauan mental, kulit kemerahan, dilatasi pupil yang bereaksi lambat, hipomotilitas usus, diatria, dan takikardia.
e. Reakasi autonomik (jantung) biasanya terjadi pening/pusing, takikardia, penurunan tekanan darah diastolic. Reaksi akut merugikan dan jarang terjadi pada penggunaan anti-psikosis adalah reaksi alergi, abnormalitas elektrokardiography dan neurologis yang biasanya terjadi kejang grand mal dan tidak ada tAnda aura.
f. Reaksi alergi yang terjadi meliputi agranulositosis, dermatosis sistemik, dan ikterik. Agranulositosis yang terjadi secara mendadak, demam, malaise, sakit

tenggorokan,ulserativa, leukopenia. Dermatosis sistemik, yaitu adanya makupopapular, eritematosa, ruam gatal pada wajah-leher-dada-ekstrimitas, dermatitis kontak jika menyentuh obat, fotosensitifitas yaitu adanya surbun hebat. Ikterik dengan adanya demam, mual, nyeri abdomen, malaise, gatal, uji fungsi lever abnormal.

g. Efek Samping Jangka Panjang
   1) Efek samping jangka panjang yang umum terjadi gejala-gejala eksrapiramidal. Diskinesia tardif merupakan efek samping jangka panjang yang umum terjadi yaitu adanya protrusi lidah/kekakuan lidah, mengecapkan bibir, merengut, menghisap, mengunyah, berkedip, gerakan rahang lateral, meringis; anggota gerak, bahu melorot, *"pelvic thrusting",* rotasi atau fleksi pergelangan kaki, telapak kaki geplek, gerakan ibu jari kaki.
   2) Efek samping jangka pendek atau jangka panjang yang jarang terjadi tetapi mengancam jiwa adalah adanya sindrom malignan neuroleptik yang ditAndai dengan adanya demam tinggi, takikardia, rigiditas otot, stupor, tremor, inkontinensia,, leukositosis, kenaikan serum CPK, hiperkalemia, gagal ginjal, peningkatan nadi-pernapasan dan keringat.

2. Anti-depresi

a. Efeksedasi seperti rasa mengantuk, kewaspadaan berkurang, kinerja psikomotor berkurang, kemampuan kognitif menurun;
b. Efek antikolinergik seperti mulut kering, retensi urin, penglihatan kabur, konstipasi, sinus takikardia;
c. Efek anti-adrenergik alfa seperti perubahan hantaran elektrokardiografi, hipotensi;
d. Efek neurotoksis seperti tremor halus, gelisah, agitasi, insomnia.

Efek samping ringan mungkin timbul akibat penggunaaan obat jenis ini (tergantung daya toleransi dari klien), biasanya berkurang setelah 2-3 minggu bila tetap diberikan dengan dosis yang sama. Pada keadaan overdosis/ intoksikasi trisiklik dapat timbul atropine toxic syndrome dengan gejala eksitasi susunan saraf pusat, hipertensi, hiperpireksia, konvulsi, *"toxic convulsional state"* (*confusion, delirium* dan *disorientasi).*

3. Anti-mania

Efek samping penggunaan lithium erat hubungan dengan dosis dan kondisi fisik klien. Gejala efek samping yang dini pada pengobatan jangka lama seperti mulut kering, haus, gastrointestinal distress (mual, muntah, diare, feses lunak), kelemahan otot, poli uria, tremor halus. Efek samping lain hipotiroidisme, peningkatan berat badan, perubahan fungsi tiroid (penurunan kadar tiroksin dan peningkatan kadar TSH/*thyroid stimulating hormone),* odem pada tungkai, seperti mengecap besi, lekositosis, gangguan daya ingat dan konsentrasi pikiran menurun.

4. Anti-ansietas

Efek samping penggunaan obat anti-ansietas dapat berupa sedasi seperti rasa mengantuk, kewaspadaan berkurang, kinerja psikomotor menurun, kemampuan kognitif melemah; relaksasi otot seperti ras lemes, cepat lelah. Potensi menimbulkan ketergantungan obat disebabkan oleh efek samping obat yang masih dapat dipertahankan setelah dosis terakhir berlangsung sangat cepat. Penghentian obat secara mendadak akan menimbulkan gejala putus obat, klien menjadi iritabel, bingung, gelisah, insomnia, tremor, palpitasi, keringat dingin, konvulsi. Ketergantungan relative lebih sering terjadi pada individu dengan riwayat peminum alkohol, penyalahgunaan obat.

5. Anti-insomnia

Efek samping penggunaan obat anti-insomnia diantaranya adalah depresi susunan saraf pusat terutama pada saat tidursehingga memudahkan timbulnya koma, karena terjadinya penurunan dari fungsi pernafasan, selain itu terjadi uremia, dan gangguan fungsi hati. Pada klien usia lanjut dapat terjadi *"oversedation"* sehingga risiko jatuh dan Hip fracture (trauma besar pda sistem muskulo skleletal). Penggunaan obat anti-insomnia golongan benzodiazepine dalam jangka panjang yaitu *"rage reaction"* (perilaku menyerang dan ganas).

6. Anti obsesis kompulsif

Efek samping penggunaan obat anti-obsesif kompulsif, sama seperti obat anti-depresi trisiklik, yaitu efek anti-histaminergik seperti sedasi, rasa mengantuk, kewaspadaan berkurang, kinerja psikomotor menurun, kemampuan kognitif menurun; efek anti-kolinergik seperti mulut kering, keluhan lambung, retensi urin, disuria, penglihatan kabur, konstipasi, gangguan fungsi seksual, sinus takikardi; efek anti-adrenergik alfa seperti perubahan gambaran elektokardiografi, hipotensi ortostatik; efek neurotoksis seperti tremor halus, kejang epileptic, agitasi, insomnia.

Efek samping yang sering dari penggunaan anti-obsesif kompulsif jenis trisiklik adalah mulut kering dan konstipasi, sedangkan untuk golonggan SSRI efek samping yang sering adalah nausea dan sakit kepala. Pada keadaan overdosis dapat terjadi intoksikasi trisiklik dengan gejala eksitasi susunan saraf pusat, hipertensi, hiprpireksia, konvulsi, "*toxic confusional state"(confusion, delirium, disorientasi).*

7. Anti-panik

Efek samping penggunaan obat anti-panik golongan trisiklik dapat berupa efek anti-histaminergik seperti sedasi, rasa mengantuk, kewaspadaan berkurang, kinerja psikomotor menurun, kemampuan kognitif menurun; efek anti-kolinergik seperti mulut kering, retensi urin, penglihatan kabur, konstipasi, sinus takikardi; efek anti-adrenergik alfa seperti perubahan gambaran elektrokardiografi, hipotensi ortostatic; efek neurotoksis seperti tremor halus, kejang, agitasi, insomnia.

Pada kondisi overdosis dapat terjadi intoksikasi trisiklik dengan gejala-gejala seperti eksitasi susunan saraf pusat, hipertensi, hiperpireksia, konvulsi, *“toxic confusional satate” (confusion, delirium, disorientasi.*

Latihan

1) Jelaskan pengertian psikofarmaka
2) Sebutkan jenis obat psikofarmaka
3) Jelaskan efek samping obat psikotik
4) Jelaskan efek samping obat anti depresi
5) Jelaskan efek samping obat anti insomnia

Petunjuk Jawaban Latihan

1) Untuk menjawab pertanyaan nomor 1 pelajarilah kembali pengertian psikofarmaka
2) Untuk menjawab pertanyaan nomor 2 pelajarilah kembali jenis obat psikofarmaka
3) Untuk menjawab pertanyaan nomor 3 pelajarilah kembali efek samping obatpsikotik
4) Untuk menjawab pertanyaan nomor 4 pelajarilah kembali mengenai efek samping obat anti depresi
5) Untuk menjawab pertanyaan nomor 5 pelajarilah kembali mengenai eek samping obat anti insomnia

Ringkasan

1. Perawat memiliki peranan yang penting dalam program terapi psikofarmaka, untuk itu perawat harus memiliki pengetahuan yang cukup tentang permasalahan yang sedang dihadapi oleh klien. Hasil identifikasi masalah kesehatan jiwa yang dialami oleh klien terkait dengan program pemberian obat psikofarmaka dapat dikelompokkan sebagai berikut : psikosis, gangguan depresi, gangguan mania, gangguan ansietas, gangguan insomnia, gangguan obasesif kompulsif dan gangguan panic
2. Cara penggunaan obat psikofarmaka. Perawat harus memahami prinsip-prinsip dalam pemberian obat psikofarmaka yang meliputi jenis, manfaat, dosis, cara kerja obat dalam tubuh, efek samping, cara pemberian, kontra indikasi.
3. Peran perawat dalam pemberian obat psikofarmaka. Peran perawat dalam pemberian obat psikofarmaka meliputi pengkajian klien, koordinasi terapi modalitas, pemberian piranti psikofarmakologik, pemantauan efek obat, pendidikan klien, program rumatan obat, dan peran serta dalam penelitian klinik interdisiplin terhdap uji coba obat.
4. Evaluasi pemberian obat psikofarmaka. Evaluasi pemberian obat psikofarmaka ditujukan pada kewaspadaan perawat terhadap penggunaan obat psikofarmaka. Perawat harus menyadari bahwa beberapa masalah mungkin timbul berkaitan dengan penggunaan obat psikofarmaka.

Tes2

1) Efek samping obat anti-psikosis adalah….
   A. Sindrom ekstrapiramidal (EPS)
   B. mual, muntah, diare dan feses lunak
   C. Kelemahan otot
   D. Poli uria
   E. Hipotiroidisme

2) Reaksi behavioral akibat efek samping dari penggunaan anti psikosis adalah….
   A. Banyak tidur, grogines dan keletihan.
   B. Penglihatan kabur
   C. Konstipasi
   D. Takikardi
   E. Retensi urine

3) Yang dimaksud ketergantungan zat adalah….
   A. Peningkatan penggunaan dosis obat
   B. Belum menunjukkan adanya sindrom ketergantungan tetapi sudah berdampak timbulnya kelemahan/hendaya psikososial sebagai dampaknya
   C. Munculnya keinginan yang sangat kuat (dorongan kompulsif) untuk menggunakan zat psikoaktif secara terus menerus dengan tujuan memperoleh efek psiko aktif dari zat tersebut.
   D. Perubahan fisiologis yang sangat tidak menyenangkan, sehingga memaksa orang tersebut menggunakannya lagi atau menggunakan obat lain yang sejenis untuk menghilangkan gejala putus obat tersebut.
   E. Penurunan dosis penggunaan zat psikoaktif

4) Efek samping obat Anti-depresi adalah kecuali….
   A. Sedasi
   B. Antikolinergik
   C. Anti-adrenergik alfa
   D. Neurotoksis
   E. Kardiovaskuler

5) Efek antikolinergik pada penggunaan obat anti depresi adalah….
   A. Mulut kering
   B. Diarea
   C. Bradicardia
   D. Poliuria
   E. Peningkatan kewaspadaan

Topik 3
Peran Perawat Dalam Pemberian Psikofarmaka

Coba Anda jelaskan kembali,seberapa penting peran Anda sebagai seorang perawat dalam pemberian obat dan bagaimana cara mengidentifikasi masalah pasienakibat pemberian obat psikofarmaka? Benar sekali! Perawat memiliki peranan yang penting dalam program terapi psikofarmaka. Untuk itu perawat dituntut menguasai secara luas berbagai pengetahuan mengenai masalah yang dihadapi oleh pasien terkait penggunaan obat psikofarmaka.Selain itu seorang perawat wajib memiliki pengetahuan yang luas mengenai program terapi psikofarmaka yang meliputi jenis, manfaat, dosis, cara kerja obat dalam tubuh, efek samping, cara pemberian, dan kontra indikasi sehingga asuhan keperawatan dapat diberikan secara holistik.

A. IDENTIFIKASI MASALAH KLIEN DALAM PEMBERIAN OBAT PSIKOFARMAKA

Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam mengidentifikasi masalah pemberian obat psikofarmaka. Identifikasi masalah dalam pemberian psikofarmaka dimulai dari pengkajian dengan melakukan pengumpulan data yang meliputi diagnosa medis, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, jenis obat yang digunakan, dosis, waktu pemberian serta program terapi yang lain yang diterima oleh pasisen dan memahami serta melakukan berbagai kombinasikan obat dengan terapi Modalitas. Selain itu perawat juga harus melakukan pendidikan kesehatan untuk klien dan keluarga tentang pentingnya minum obat secara teratur dan penanganan efek samping obat dan monitoring efek samping penggunaan obat. Melalui pengkajian yang komprehensif, perawat dapat mengidentifikasi permasalahan yang sedang dialami pasien. Masalah kesehatan jiwa yang dialami pasien dalam program pemberian obat psikofarmaka dapat dikelompokkan sebagai berikut : psikosis, gangguan depresi, gangguan mania, gangguan ansietas, gangguan insomnia, gangguan obsesif kompulsif dan gangguan panik

Selain mengidentifikasi peran diatas, perawat memiliki peran yang sangat penting yaitu mampu mengkoordinasikan berbagai cara dan kerja yang dilakukan semua anggota tim sesuai dengan tujuan yang akan dicapai antara klien, keluarga dan tim kesehatan sehingga tujuan perawatan dapat berjalan sesuai tujuan yang diharapkan, untuk itu perawat dituntut mampu bekerja didalam suatu sistem dan budaya kerja yang tinggi.

B. CARA PENGGUNAAN OBAT PSIKOFARMAKA

Perawat harus memahami 5 prinsip benar dalam pemberian obat psikofarmaka seperti jenis, manfaat, dosis, cara kerja obat dalam tubuh, efek samping, cara pemberian, kontra indikasi. Berikut ini adalah penjelasan mengenai cara pemberian obat psikofarmaka

1. Obat anti-psikosis

Pada dosis ekivalen semua obat anti-psikosis mempunyai efek primer (klinis) yang sama, perbedaan terutama pada efek sekunder (efek samping). Pemilihan jenis obat anti-psikosis harus mempertimbangkan gejala psikosis yang dominan dan efek samping obat.Pengantian obat disesuaikan dengan dosis ekivalen. Apabila obat anti-psikosis tertentu sudah sudah diberikan dalam dosis optimal dan dalam jangka waktu yang memadai tetapi tidak memberikan efek yang optimal maka dapat diganti dengan obat anti-psikosis lain (sebaiknya dari golongan yang tidak sama), dengan dosis ekivalen, dimana profil efek samping belum tentu sama. Apabila klien memiliki riwayat penggunaan obat anti-psikosis yang terbukti efektif dan efek samping obat mampu ditolerir dengan baik maka obat tsb dapat dipilih kembali untuk pemakaian sekarang.

Dengan dosis yang efektif, onset efek primer didapatkan setelah 2-4 minggu pemberian obat, sedangkan efek sekunder (efek samping) sekitar 2-6 minggu. Waktu paruh obat anti-psikosis adalah 12-24 jam (pemberian 1-2 kali perhari). Dosis pagi dan malam bisa berbeda untuk mengurangi dampak dari efek samping (dosisi pagi kecil, dosis malam lebih besar) sehingga kualitas hidup klien tidak terganggu.

Dosis awal diberikan dalam dosis kecil, kemudian dinaikkan setiap 2-3 hari hingga dosis efektif (mulai timbul peredaan sindrom psikosis). Evaluasi dilakukan setiap 2 minggu dan bila diperlukan dosis dinaikkan hingga mencapai dosis optimal, dan dosis pemberian dipertahankan sekitar 8-12 minggu (stabilisasi).Pemberian obat dengan dosis efektif dipertahankan 6 bulan sampai 2 tahun. Setelah waktu tersebut dosis diturunkan tiap 2-4 minggu dan stop.

Pemberian obat anti-psikosis yang bersifat “long acting” sangat efekti diberikan pada klien yang tidak mau atau sulit minum obat secara teratur ataupun yang tidak efektif terhadap medikasi oral. Sebelum penggunaan secara parenteral sebaiknya pemberian obat dilakukan secara oral terlebih dahulu dalam beberapa minggu, hal ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat efek hipersensitivitas. Pemberian obat anti-psikosis “long acting” hanya diberikan pada klien skizoprenia yang bertujuan untuk terapi stabilisasi dan pemeliharaan. Kontra indikasi penggunaan obat anti-psikosis adalah penyakit hati, penyakit darah, epilepsy, kelainan jantung, febris yang tinggi, ketergantungan alkohol, penyakit susunan saraf pusat (parkinson, tumor otak), gangguan kesadaran.

2. Obat anti-depresi

Pada dasarnya semua obat anti-depresi mempunyai efek primer (efek klinis) yang sama pada dosis ekivalen, perbedaan terutama pada efek sekunder (efek samping). Pemilihan jenis obat anti-depresi tergantung pada toleransi klien terhadap efek samping dan penyesuaian efek samping terhadap kondisi klien (usia, penyakit fisik tertentu, jenis depresi).

Sangat perlu mempertimbangkan efek samping penggunaan obat golongan ini, terutama penggunaan pada sindrom depresi ringan dan sedang.Berikut ini adalah urutan penggunaan obat anti depresi untuk meminimalisir efek samping langkah pertama pemberian obat golongan selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), , langkah kedua

golongan trisiklik, langkah ketiga golongan tetrasiklik, golongan atipikal, golongan MAOI dan inhibitor monoamine okside (MAOI)reversible.

Penggunaan litium dianjurkan untuk "unipolar recurrent depression" penggunaan obat golongan ini bertujuan untuk mencegah kekambuhan, sebagai "mood stabilizer". Pemberian Dosis perlu mempertimbangkan onset efek primer sekitar 2-4 minggu, onset efek skunder sekitar 12-24 jam, dan waktu paruh 12-48 jam (pemberian 1-2 kali perhari). Dosis pemeliharaan dianjurkan dosis tunggal diberikan malam hari *(single dose one hour before sleep)*terutama untuk golongan trisiklik dan tetrasiklik. Golongan SSRI diberikan dosis tunggal pada pagi hari setelah sarapan pagi. Pemberian obat anti-depresi dapat dilakukan dalam jangka panjang oleh karena potensial adiksinya sangat minimal. Kontra indikasi pemberian obat anti-depresi adalah penyakit jantung koroner, MCI (myocard infark, khususnya pada usia lanjut); glaucoma, retensi urine, hipertropi prostat, gangguan fungsi hati, epilepsy; Sedangkan kontra indikasi penggunaan obat litium adalah kelainan fungsi jantung, ginjal dan kelenjar tiroid.

3. Obat anti-mania

Haloperidol (IM) merupakan obat indikasi klien mania akut dikombinasikan dengan tablet litium carbonate. Haloperidol diberikan untuk mengatasi hiperaktivitas, impulsivitas, iritabilitas, dengan "onset of action" yang cepat. Pada pemberian litium karbonat, efek anti-mania baru muncul setelah penggunaan 7-10 hari. Pada gangguan afektif bipolar (manik-depresif) dengan serangan episodic mania/depresi, penggunaan litium karbonat sebagai obat profilaksi terhadap serangan sindrom mania/depresi dapat mengurangi fekuensi, berat dan lamanya kekambuhan. Carbamazepin sebagai pengganti litium karbonat dapat diberikan jika efek samping tidak bias ditolerir dan kondisi fisik yang tidak memungkinkan.

Untuk mencegah kekambuhan, pada gangguan afektif unipolar dapat diberikan obat anti-depresi SSRI yang lebih ampuh dari litium karbonat. Pemberian dosis perlu mempertimbangkan onset efek primer 7-10 hari (1-2 minggu), rentang kadarserum terapeutik 0,8-1,2mEq/L (dicapai dengan dosis sekitar 2 atau 3 kali 500 mg per hari) dan kadar serum toksik diatas 1,5 mEq/L. Litum karbonat harus diberikan hingga 6 bulan, walaupun gejala mereda. Pemberian obat dihentikan secara gradual bila memang tidak ada indikasi lagi.

Pada gangguan afektif bipolar dan unipolar, penggunaan harus diteruskan sampai beberapa tahun, sesuai dengan indikasi profilaksis serangan sindrom mania/depresi. Penggunaan obat jangka panjang sebaiknya dalam dosis minimum dengan kadar serum litium terendah yang masih efektif untuk terapi profilaksis. Pemberian litium karbonat tidak boleh diberikan pada wanita hamil, karena dapat melewati sawar plasenta yang akan mempengaruhi kelenjar tiroid.

4. Obat anti-ansietas

Golongan benzodiazepine merupakan obat anti ansietas yang sangat efektif karena memiliki khasiat yang sangat tinggi dan efek adiksi serta toksisitas yang rendah,

dibandingkan dengan meprobamate atau phenobarbital. Benzodiazepin adalah obat pilihan dari semua obat yang mempunyai efek anti-ansietas, disebabkan spesifikasi, potensi, dan keamanannya. Dosis obat efektif bila kadar obat dalam darah dengan eksresi obat seimbang. Kondisi ini tercapai setelah 5-7 hari dengan dosis 2-3 kali per hari.

Pemberian obat dimulai dari dosis awal (dosis anjuran), selanjutnya dosis dinaikkan setiap 3-5 hari sampai mencapai dosis optimal, dan dosis dipertahankan selama 2-3 minggu, selanjutnya dosis diturunkan 1/8 x setiap 2-4 minggu sampai dosis minimal yang efektif. Apabila terjadi kekambuh dosis obat dapat dinaikan kembali dan bila efektif dosis dipertahankan hingga 4-8 minggu selanjutnya diturunkan secara gradual.

Lama pemberian obat pada sindrom ansietas yang disebabkan faktor situasi eksternal, pemberian obat tidak boleh melibihi waktu 1-3 bulan. Pemberian sewaktu-waktu dapat dilakukan apabila sindrom ansietas dapat diantisipsi kejadiaanya.klien dengan hipersensitivitas terhadap benzodiazepine, glaucoma, myasthenia grafis, insufisiensi paru kronis, penyakit renal kronis dan penyakit hepar kronis merupakan kontra indikasi pemberian obat anti-ansietas.

5. Obat anti-insomnia

Pemilihan obat ini disesuaikan dengan jenis gangguan tidur, bila sulit masuk ke dalam proses tidur maka obat yang dibutuhkan adalah golongan *benzodiazepine short acting;* bila proses tidur terlalu cepat berakhir dan sulit untuk masuk kembali ke proses tidur selanjutnya maka obat yang dibutuhkan adalah golongan heterosiklik anti-depresan (trisiklik dan tetrasiklik); bila siklus proses tidur yang normal tidak utuh dan terpecah-pecah menjadi beberapa bagian, maka obat yang dibutuhkan adalah golongan Phenobarbital atau golongan *benzodiazepine long acting.*

Pengaturan dosis, pemberian tunggal dosis anjuran 15-30 menit sebelum tidur. Dosis awal dapat dinaikkan sampai mencapai dosis efektif dan dipertahankan sampai 1-2 minggu, kemudian secepatnya diturunkan secara gradual untuk mencegah timbulnya *rebound* dan toleransi obat. Penggunaan obat anti-insomnia sebaiknya sekitar 1-2 minggu saja, tidak lebih dari 2 minggu agar resiko ketergantungan kecil. Kontra indikasi penggunaan obat anti-insomnia *adalah "sleep apnoe syndrome", "congestive heart failure",* dan *chronic respiratory disease".*

6. Obat anti-obsesif komfulsif

Sampai saat ini, clomipramine masih merupakan obat yang paling efektif dari kelompok trisiklik untuk pengobatan obsesif kompulsif. Dan merupakan pilihan utama pada terapi gangguan depresi yang menunjukkan gejala obsesif. Selain itu SSRI juga merupakan pilihan untuk pengobatan gangguan obsesif kompulsif bila ada hipersensitivitas dengan trisiklik. Pemberian pertama dilakukan dalam dosis rendah untuk penyesuaian efek samping, namun dosis obat ini umumnya lebih tinggi dari dosis anti-depresi. Dosis pemeliharaan diberikan dengan sosis yang lebih tinggi meskipun sifatnya individual.

Penghentian pemberian obat ini harus dilakukan secara gradual agar tidak terjadi kekambuhan dan memberikan kesempatan untuk menyesuaikan diri. dengan maksimal lama pemberian 2-3 bulan. meskipun respon terhadap pengobatan sudah terlihat dalam 1-2 minggudengan dosis antara 75-225 mg/hari., tetapi lama pemberian obat ini antara tidak boleh melenleb., untuk mendapatkan hasil yang memadai setidaknya diperlukan waktu 2-3 bulan Batas lamanya pemberian obat bersifat individual, umumnya diatas 6 bulan sampai tahunan, kemudian dihentikan secara bertahap bila kondisi klien sudah memungkinkan. Obat anti-obsesif kompulsif kontra indikasi diberikan pada wanita hamil atau menyusui.

7. Obat anti-panik

Semua jenis obat anti-panik (trisiklik, benzodizepin, RIMA, SSRI) sama efektifnya guna menanggulangi sindrom panik pada taraf sedang dan pada stadium awal dari gangguan panik. Pengaturan dosis pemberian obat anti-panik adalah dengan melihat keseimbangan antara efek samping dan kasiat obat. Mulai dengan dosis rendah, secara perlahan-lahan dosis dinaikkan dalam beberapa minggu untuk meminimalkan efek samping dan mencegah terjadiya toleransi obat. Dosis efektif biasanya dicapai dalam aktu 2-3 bulan. Dosis pemeliharaan umunya agak tinggi, meskipun sifatnya individual. Lama pemberian obat bersifat individual, namun pada umunya selama 6-12 bulan, kemudian dihentikan secara bertahap selama 3 bulan bila kondisi klien sudah memungkinkan. Ada beberapa klien yang memerlukan pengobatan bertahun-tahun untuk mempertahankan bebas gejala dan bebas dari disabilitas. Obat ini kontra indikasi diberikan pada wanita hamil atau menyusui.

C. PERAN PERAWAT DALAM PEMBERIAN OBAT PSIKOFARMAKA

Karena Anda telah mempu memahami dengan baik permasalahan yang dialami dan strategi pemberian obat psikofarmaka pada klien gangguan jiwa, maka bahasan selanjutnya adalah peran perawat dalam pemberian psikofarmaka. Adapun langkah-langkah tersebut akan diurakan sebagai berikut. Selamat belajar semoga Anda dapat mempelajarinya dengan baik.

1. Pengkajian.
   Pengkajian secara komprehensif akan memberikan gambaran yang sesungguhnya tentang kondisi dan masalah yang dihadapi klien, sehingga dapat segera menentukan langkah kolaboratif dalam pemberian psikofarmaka.
2. Koordinasi terapi modalitas. Koordinator merupakan salah satu peran seorang perawat. Perawat harus mampu mengkoordinasikan berbagai terapi modalitas dan progam terapi agar klien memahami manfaat terapi dan memastikan bahwa program terapi dapat diterima oleh klien.
3. Pemberian terapi psikofarmakologik. Perawat memiliki peran yang sangat besar untuk memastikan bahwa program terapi psikofarmaka diberikan secara benar. Benar klien, benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, dan benar waktu.

4. Pemantauan efek obat. Perawat harus harus memantau dengan ketat setiap efek obat yang diberikan kepada klien, baik manfaat obat maupun efek samping yang dialami oleh klien.
5. Pendidik klien. Sebagai seorang edukator atau pendidik perawat harus memberikan pendidikan pendidikan kesehatan bagi klien dan keluaarga sehingga klien dan keluarga memahami dan mau berpartisipasi aktif didalam melaksanakan program terapi yang telah ditetapkan untuk diri klien tersebut.
6. Program rumatan obat. Bertujuan untuk memberikan bekal pengetahuan kesehatan pada klien mengenai pentingnya keberlanjutan pengobatan pasca dirawat.
7. Peran serta dalam penelitian klinik interdisiplin terhadap uji coba obat. Perawatberperan serta secara aktif sebagai bagian dari tim penelitan pengobatan klien

D. EVALUASI PEMBERIAN OBAT PSIKOFARMAKA

Evaluasi pemberian obat harus terus menrerus perawat lakukan untuk menilai efektifitas obat, interaksi obat maupun efek samping pemberian obat. Berikut ini evaluasi yang harus dilakukan

1. Pemberian obat jenis benzodiazepine, nonbenzodiazepin, antidepresan trisiklik, MAOI, litium, antipsikotik. Benzodiazepin pada umumnya menimbulkan adiksi kuat kecuali jika penghentian pemberiannya dilakukan dengan tapering bertahap tidak akan menimbulkan adiksi. Penggunaan obat ini apabila dicapur (digunakan bersamaan) dengan obat barbiturate atau alcohol akan menimbulkan efek adiksi.Monitoring timbulnya efek samping seperti sedasi, ataksia, peka rangsang, gangguan daya ingat.
2. Penggunaan obat golongan nonbenzodiazepin memiliki banyak kerugian seperti terjadi toleransi terhadap efek antiansietas dari barbiturate, lebih adiktif, menyebabkan reaksi serius dan bahkan efek lethal pada gejala putus obat, berbahaya jika obat diberikan dalam dosis yang besar dapat menyebabkan depresi susunan saraf pusat, serta menyebabkan efek samping yang berbahaya.
3. Golongan antidepresan trisiklik dapat menjadi letal bila diberikan dalam dosis yang besar karena efek obat menjadi lebih lama (3-4 minggu), obat ini relatif aman karena tidak memiliki efek samping jika digunakan dalam jangka waktu yang lama jika diberikan dalama dosis yang tepat.Efek samping menetap dapat diminimalkan dengan sedikit menurunkan dosis, obat ini tidak menyebabkan euphoria, dapat diberikan satu kali dalam sehari. Tidak mengakibatkan adiksi tetapi intoleransi terhadap vitamin B6.
4. Penggunaan litium dapat menimbulkan toksisitas litium yang dapat mengancam jiwa. Perawat harus memantau kadar litium dalam darah. Jika pemberian litium tidak menimbulkan efek yang diharapkan, obat ini dapat dikombinasi dengan obat anti depresan lain. Perlunya pendidikan kesehatan untuk klien mengenai cara memantau kadar litium.
5. Penggunaan anti psikotik harus mempertimbangkan pedoman sebagai berikut bahwa dosis anti psikotik sangat bervariasi untuk tiap individu. Dosis diberikan satu kali sehari,

efek terapi akan didapatkan setelah 2-3 hari tetapi dapat sampai 2 minggu.Pada pengobatan jangka panjang, perlu dipertimbangkan pemberian klozapin setiap minggu untuk memantau penurunan jumlah sel darah putih.

Latihan

1) Jelaskan cara penggunaan obat psikofarmaka
2) Jelaskan peran perawat dalam pemberian obat psikofarmaka
3) Jelaskan prinsip evaluasi dalam pemberian obat psikofarmaka

Petunjuk Jawaban Latihan

1) Untuk menjawab pertanjawabnomor 1 pelajarilah kembali cara penggunaan obat psikofarmaka
2) Untuk menjawab pertanjawab nomor 2 pelajarilah kembali peran peawat dalam pemberian obat psikofarmaka
3) Untuk menjawab pertanjawab nomor 3 pelajarilah kembali evaluasi pemberian obat psikofarmaka

Ringkasan

1. Perawat memiliki peranan yang penting dalam program terapi psikofarmaka, untuk itu perawat harus memiliki pengetahuan yang cukup tentang permasalahan yang sedang dihadapi oleh klien. Hasil identifikasi masalah kesehatan jiwa yang dialami oleh klien terkait dengan program pemberian obat psikofarmaka dapat dikelompokkan sebagai berikut : psikosis, gangguan depresi, gangguan mania, gangguan ansietas, gangguan insomnia, gangguan obasesif kompulsif dan gangguan panic
2. Cara penggunaan obat psikofarmaka. Perawat harus memahami prinsip-prinsip dalam pemberian obat psikofarmaka yang meliputi jenis, manfaat, dosis, cara kerja obat dalam tubuh, efek samping, cara pemberian, kontra indikasi.
3. Peran perawat dalam pemberian obat psikofarmaka. Peran perawat dalam pemberian obat psikofarmaka meliputi pengkajian klien, koordinasi terapi modalitas, pemberian piranti psikofarmakologik, pemantauan efek obat, pendidikan klien, program rumatan obat, dan peran serta dalam penelitian klinik interdisiplin terhdap uji coba obat.
4. Evaluasi pemberian obat psikofarmaka. Evaluasi pemberian obat psikofarmaka ditujukan pada kewaspadaan perawat terhadap penggunaan obat psikofarmaka. Perawat harus menyadari bahwa beberapa masalah mungkin timbul berkaitan dengan penggunaan obat psikofarmaka.

Tes3

1) Ani, obat ini harus diminum setelah makan ya pada pukul 17.00. tindakan yang dilakukan perawat merupakan prinsip benar ....dalam pemberian obat
   A. Klien
   B. Obat
   C. Dosis
   D. Pemberian
   E. Waktu.

2) Kontra indikasi pemberian obat anti ansietas adalah pada pasien dengan kecuali….
   A. Glaucoma
   B. Myasthenia grafis
   C. Insufisiensi paru kronis
   D. Penyakit renal kronis
   E. Hepatitis C

3) Berikan obat ini secara intra vaskuler pada jam 18.00 sehari satu kali 1 gr. tindakan yang dilakukan perawat merupakan prinsip benar ....dalam pemberian obat
   A. Klien, obat dan dosis
   B. Obat, waktu dan cara
   C. Dosis, klien dan waktu
   D. Cara pemberian, waktu dan dosis
   E. Waktu, cara dan dosis

4) Pemberian litium karbonat tidak boleh diberikan pada wanita hamil….
   A. Mempengaruhi kelenjar tiroid janin
   B. Mempengaruhi tingkat kecerdasan janin
   C. Membuat adiksi pada ibu .
   D. Menimbulkan gagal jantung pada ibu dan janin
   E. Menimbulkan efek euporia pada ibu

Kunci Jawaban Tes

Tes 1	*Tes 2*	*Tes 3*
1) E	1) A	1) E
2) A	2) A	2) C
3) E	3) A	3) D
4) A	4) E	4) A
	5) A	

Daftar Pustaka

Ralph S.S., Rosenberg, M.C., Scroggins, L., Vassallo, B., Warren, J., 2005, *Nursing Diagnoses : Definitions & Classification,* NANDA International, Philadelphia

Rawlins, R.P., Heacoch, P.E., 1993, *Clinical Manual of Psychiatric Nursing,* Mosby Year Book, Toronto

Rawlins, R.P., Williams,S.R., Beck, C.M.,1993, *Mental Health Psychiatric Nursing a Holistic Life Cicle Approach,* Mosby Year Book, London

Stuart, G.W., Laraia, M.T., 1998, *Principles and Practice of Psychiatric Nursing,* 6th Edition, Mosby, St. Louis

Stuat, G.W., Sundeen, S.J., 1998, *Keperawatan Jiwa, Buku Saku,* Terjemahan Hamid, A.S., Edisi 3, EGC, Jakarta

Stuart, Gall Wiscart and Sundeen, Sandra J. *Pocket guide to psychiatric nursing* (2 nd. Ed) Mosby Year Book, St. Louis, baltimore. Boston Chicago. London. Sydney. Toronto.

Townsend, M.C. 1998. *Diagnosis Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri: Pedoman untuk Pembuatan Rincian Perawatan*, Jakarta: EGC

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL: PENYALAHGUNAAAN ZAT DAN ANSIETAS

Ns. Nurhalimah, S.Kep, M.Kep. Sp.Kep.J

PENDAHULUAN

Salam sejahtera dan sukses selalu menyertai Anda. Selamat bertemu kembali dengan Bab 3Mata Kuliah Keperawatan Jiwa yang membahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial, yaituasuhan keperawatan pada pasien dengan penyalahgunaan zat dan asuhan keperawatan pada pasien dengan ansietas.

Untuk membantu Anda memahami materi dalam bab ini penulis akan mencoba memberikan gambaran materi yang akan Anda pelajari. Ketika Anda memeriksa pasien di puskesmas atau di masyarakat, seringkali pasien kita mengeluh tidak dapat tidur, tidak napsu makan, dada berdebar-debar. Selain itu pasien mengatakan, tidak mampu memusatkan dan memutuskan masalah, merasakan kesedihan mendalam. Pasien juga mengatakan takut, gugup, atau merasakan kesedihan yang berlebihan. Akibatnya pasien sering kali mengonsumsi obat-obatan yang tergolong kedalam obat-obatan aditif untuk menghilangkan gejala yang dialaminya.

Dalam keadaan demikian, pasti Anda sudah dapat menyimpulkan bahwa pasien Anda mengalami masalah psikososial yaitu ansietas dan gangguan penyalahgunaan zat.Bagus sekali! Anda telah mampu mendiagnosis masalah psikososial. Untuk meningkatkan pemahaman Anda mengenai masalah psikososial. kita akanbelajar mengenai asuhan keperawatan jiwa pada masalah psikososial.

Agar bab ini dapat Anda pelajari dengan mudah, penulis membagi bab ini kedalam duatopik, yaitu :
Topik 1: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Penyalahgunaan Zat
Topik 2 : Asuhan keperawatan pada pasien dengan ansietas

Pada Topik 1Anda akan belajar mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan penyalahgunaan zat yang dimulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Selain itu, Anda juga akan belajar mengenai tanda dan gejala putus zat serta gejala intoksikasi. Untuk itu tujuan pembelajaran 1 adalah Anda diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyalahgunaan zat. Sedangkan tujuan khususnya adalah Anda mampu:

1. Menjelaskan pengertian penyalahgunaan zat
2. Menguraikan proses keperawatan pasien dengan penyalahgunaan zat yang terdiri dari
   a. Melakukan pengkajian
   b. Menyusun diagnosis keperawatan
   c. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien
   d. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga
   e. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga

f. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan

Sedangkan Topik 2 membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan ansietas. Untuk memberikan pemahaman kepada Anda terlebih dahulu kita akan mempelajari deskripsi singkat mengenai ansietas.Ansietas sangat akrab dengan kehidupan sehari–hari. Ansietas menggambarkan perasaan khawatir, gelisah,takut, tidak tentram, dan sebagainya, kadang disertai dengan berbagai keluhan fisik. Ansietas adalah kebingungan atau ketakutan pada sesuatu yang akan terjadi dengan penyebab yang tidak jelas yang dihubungkan dengan perasaan tidak menentu dan tidak berdaya. Sehingga menuntut kemampuan individu untuk melakukan penyesuaian diri yang luar biasa. Oleh karena itu, peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif sangat penting untuk membantu menurunkan tingkatan ansietas klien.

Rentang respon ansisetas dimulai dari antisipasi (respon adaptif), ansietas ringan, sedang, berat, dan panik. Reaksi terhadap ansietas dapat bersifat konstruktif dan destruktif. Untuk berhasil melakukan asuhan keperawatan pada pasien ansietas konsep-konsep diatas perlu dipahami. Sehingga tujuan umum yang ingin dicapai pada topik ini adalah Anda mampu Memberikan asuhan keperawatan pada pasien ansietas. Secara khusus tujaun Topik 2.

1. Menjelaskan konsep ansietas
2. Menguraikan langkah-langkah proses keperawatan pasien ansietas
   a. Melakukan pengkajian ansietas
   b. Menyusun diagnosis keperawatan ansietas
   c. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien ansietas
   d. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien ansietas
   e. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien ansietas

Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien ansietas

Untuk lebih memahami kedua topik, beberapa pertanyaan akan diajukan untuk Anda jawab segera setelah selesai mempelajari uraian materinya. Untuk menilai kemajuan belajar Anda, kerjakan Tes Mandiri yang ada pada setiap akhir topik. Sebaiknya Anda tidak melihat Kunci Jawaban terlebih dahulu sebelum selesai menjawab pertanyaan dan tugas.

Waktu untuk menyelesaikan bab ini kurang lebih 2 x 120 menit. Gunakan waktu tersebut dengan sebaik-baiknya. Anda dinyatakan berhasil apabila memperoleh nilai 80 atau 80% dalam menyelesaikan pertanyaan atau tugas yang diberikan. Saya yakin Anda dapat memahami bab ini dengan baik asalkan Anda benar benar dengan cermat mempelajarinya.

Topik 1
Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Penyalahgunaan Zat

Dari tahun ke tahun angka penyalahgunaan zat terus meningkat. Pelaku penyalahgunaan zat telah menjangkiti seluruh lapisan masyarakat tidak memAndang kelompok umur, golongan maupun tingkat pendidikan. Pemerintah dan seluruh lapisan masyarakat telah berusaha memberantas peredaran zat terlarang tetapi hingga kini peredaran zat tersebut masih cukup tinggi dimasyarakat. Rendahnya pengetahuan masyarakat tentang dampak pemakaian zat serta kemudahan mendapatkannya merupakan faktor yang mempengaruhi tingginya penggunaan zat dimasyarakat. Rendahnya pengetahuan masyarakat bukan dikarenakan tingkat pendidikan yang rendah tetapi dikarenakan kepribadian individu, selain itu kurangnya perhatian keluarga terhadap anggota keluarga serta ketidakpedulian masyarakat terhadap lingkungan.

Dampak penyalahgunaan zat adalah timbulnya perilaku maladaptif dan gangguan kepribadian seperti menarik diri, halusinasi serta perilaku kekerasan. Karena dampak yang ditimbulkan akibat penyalahgunaan zat sangat kompleks, maka dibutuhkan seorang perawat yang mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyalahgunaan zat.

A. PENGERTIAN PENYALAHGUNAAN ZAT

Walaupun terdapat suatu rentang dari penggunaan obat sampai pada penggunaan berlebihan atau penyalahgunaan serta ketergantungan, tetapi tidak semua orang yang menggunakan zat akan menjadi penyalahguna atau tiap penyalahgunaan zat akan menjadi tergantung.

Penyalahgunaan zat merujuk pada penggunaan zat secara terus menerus bahkan sampai setelah terjadi masalah. Penyalahgunaan zat termasuk alkohol, opium, obat dengan resep, psikotomimetiks, kokain, mariyuana,.

Masalah serius dan terus berkembang dalam penyalahgunaan zat adalah peningkatan penggunaan lebih dari satu jenis zat secara serentak atau berurutan. Individu akan mengalami keadaan relaksasi, euphoria, stimulasi, atau perubahan kesadaran dengan berbagai cara.

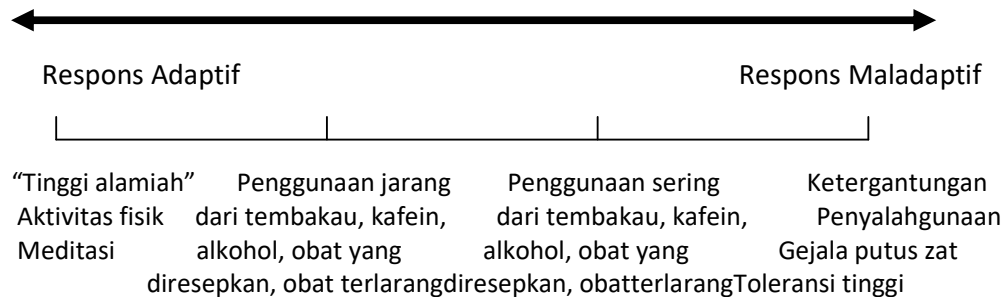
B. JENIS-JENIS ZAT

Berbagai jenis zat yang beredar di masyarakat dan banyak digunakan oleh pengguna diantaranya adalah golongan depresan, mariyuana, stimulant, opiat, halusinogen, peniciklidin (PCP). Depresan yang beredar dimasyarakat diantaranya adalah alkohol,dan barbiturat. Golongan mariyuana diantaranya adalah Acapulco gold. Sedangkan untuk golongan stimulant dibagimenjadi amfetamin dan kokain.

Golongan opiat diantaranya adalah heroin, morfin, meperidin, kodein, opium, metadon. Golongan halusinogen adalah, mellow yellows dan golongan penisiklidin adalah angel dust dan DOA.

C. RENTANG RESPON KIMIAWI

Perlu diingat bahwa tidak semua individu yang menggunakan zat akan menjadi penyalahgunaan dan ketergantungan zat. Tetapi hanya individu yangmenggunakan zat secara berlebihan dapat mengakibatkan penyalahgunaan dan ketergantunganzat.Penyalahgunaan zat adalah penggunaan zat secara terus-menerus bahkansampai setelah terjadi masalah. Sedangkan ketergantungan zat menunjukkan suatu kondisi yang parah dansering dianggap sebagai penyakit. Gejala putus zat terjadi karena kebutuhan biologikterhadap obat. Toleransi berarti peningkatan jumlah dan dosis obat untuk memperoleh efek yang diharapkan (Stuart dan Sundeen, 1995; Stuart dan Laraia, 1998).

Berikut ini adalah respon kimia penggunaan zat

Gambar 3.1.

Respon Kimia Penggunaan Zat

D. ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Pengkajian pada seseorang dengan penyalahgunaan zat biasanya disebabkan oleh beberapa hal seperti:

a. Faktor individu

Individu dengan kepribadian rendah diri, mudah kecewa, suka coba-coba / bereksperimen dan bersikap antisosial, berisiko untuk melakukan penyalahunakan zat(Napza)

b. Faktor Lingkungan

Lingkungan pergaulan yang kurang baik dapat mendorong seseorang melakukan penyalahgunaan zat (napza), misalnya komunikasi dalam keluarga yang tidak akrab, kelompok sebaya yang menggunakan napza dan banyaknya tempat untuk memperoleh napza dengan mudah. Selain itu, pengawasan dari masyarakat yang longgar, misalnya hukum yang tidak tegas menyebabkan peredaran napza secara gelap terus berlangsung.

c. Faktor zat

1) Zat itu sendiri memberikan kenikmatan, mudah diperoleh dan harganya terjangkau, diperoleh dengan gratis/tanpa keluar biaya.

2) Situasi yang berisiko tinggi untuk menggunakan napza adalah kondisi emosi yang tidak stabil, konflik dengan orang lain, dan adanya tekanan sosial.

d. Sumber koping

Yang sangat dibutuhkan untuk membantu indivu terbebas dari penyalahgunaan zat yaitu kemampuan individu untuk melakukan komunikasi yang efektif, ketrampilan menerapkan sikap asertif dalam kehidupan sehari-hari,perlunya dukungan sosial yang kuat, pemberian alternative kegiatan yang menyenangkan,ketrampilan melakukan teknik reduksi stress, ketrampilan kerja dan motivasi untuk mengubah perilaku.

e. Mekanisme koping.

Individu dengan penyalahgunaan zat seringkali mengalami kegagalan dalam mengatasi masalah. Mekanisme koping sehat dan individu tidak mampu mengembangkan perilaku adaptif.

f. Mekanisme pertahanan ego yang khas digunakan pada individu penyalahguna zat meliputi penyangkalan terhadap masalah, rasionalisasi, projeksi, tidak tanggung jawab terhadap perilakunya, dan mengurangi jumlah alkohol atau obat yang digunakan.

2. Tanda dan Gejala

Tabel dibawah ini akan menjelaskan mengenai tanda dan gejala intoksikasi serta tanda dan gejala putus zat dari berbagai zat aditif

Tabel 3.1

Tanda dan Gejala Intoksikasi

Tanda dan Gejala Intoksikasi				
Opiat	Ganja	Sedatif-Hipnotik	Alkohol	Amfetamin
• Eforia • mengantuk • bicara cadel • konstipasi • penurunan kesadaran	• eforia • mata merah • mulut kering • banyak bicara dan tertawa • nafsu makan meningkat • gangguan persepsi	• pengendalian diri berkurang • jalan sempoyongan • mengantuk • memperpanjang tidur • hilang kesadaran	• mata merah • bicara cadel • jalan sempoyongan • perubahan persepsi • penurunan kemampuan menilai	• selalu terdorong untuk bergerak • berkeringat • gemetar • cemas • depresi • paranoid

Tabel 3.2
Tanda dan Gejala Putus Zat

Tanda dan Gejala Putus Zat				
Opiat	Ganja	Sedatif-Hipnotik	Alkohol	Amfetamin
• nyeri • mata dan hidung berair • perasaan panas dingin • diare • gelisah • tidak bisa tidur	• jarang ditemukan	• cemas • tangan gemetar • perubahan persepsi • gangguan daya ingat • tidak bisa tidur	• cemas • depresi • muka merah • mudah marah • tangan gemetar • mual muntah • tidak bisa tidur	• cemas • depresi • kelelahan • energi berkurang • kebutuhan tidur meningkat

3. Data yang harus dikaji

Tabel dibawah ini mengambarkan hasil pengkajian pada pasien dengan penyalahgunaan zat.

Tabel 3.3
Pengkajian pada Penyalahgunaan Zat

Pengkajian	Intoksikasi	With drawal	Overdosis
1. Sedative – hipnotics (Depresan)	1. Penurunan fungsi mental :penurunan kemampuan memahami, gangguan memori, penurunan kemampuan mengambil keputrusan, mengantuk, perhatian berkurang atau terbatas 2. Kerusakan koordinasi motorik : penekanan bicara, ataksia, hiperefleksia, peningkatan reaksi 3. Mood eforia, labil, penurunan kecemasan 4. Penghambatan 5. Disfungsi syaraf cranial : nistagmus, diplopia 6. Penurunan nadi, penurunan tekanan darah dan respirasi	1. penurunan tingkat kesadaran 2. penurunan aatau tidak adanya respon terhadap nyeri 3. Depresi pernafasan 4. Pernafasan lambat, apneu 5. ketidak seimbangan cairan dan elektroklit	1. Respon Psikologik 2. Withdrawal ringan : kecemasan akut, iritabel, nervousness, kesulitan konsentrasi, insomnia, nightmares (mimpi buruk) 3. Withdrawal berat : Disorientasi, delirium, paranoid, kekerasan, ketakutan, depersonalisasi. 4. Respon Fisiologik 5. tremor, takikardia, headache, iritabel, ansietas, postural hipotensi, insomnia, keringan dingin, hiperefleksi deep tendon refleks, disorientasi. 6. Kejang menyeluruh 7. Kontraksi mioklonik 8. Halusinasi biasanya pendengaran 9. Delirium , kerusakan memory jangka lama dan sekarang, disorientasi,

Pengkajian	Intoksikasi	With drawal	Overdosis
			halusinasi penglihatan, pendengaran dan perabaan 10. Hipertensi 11. Diare 12. Hiperpireksia, diaporesis 13. Kolapsnya pembuluh darah
2. Stimulan (amfetamin dan kokain)	1. Penghambatan psikogis : kecemasan, keterbatasan dalam pengambilan keputusan, impulsive, hiperseks 2. Clear sensori tampak kebingungan dan halusinasi, penurunan keletihan, keinginan tingggi, peningkatan ketertarikan terhadap lingkungan, peningkatan harga diri. 3. Peningkatan aktivitas psikomotor, tremor 4. peningkatan nadi dan tekanan darah 5. penurunan nafsu makan 6. midriasis	1. hiperaktifitas, ansietas, 2. kebingungan halusinasi 3. Paranoid (dapat berkembang menjadi delirium, serangan panic, waham curiga dengan kekerasan dan perilaku menyerang 4. kejang dan koma 5. diaporesis dan hiperpireksia 6. takikardia krisis hipertensi dengan vasokonstriksi extreme	Respon Psikologik 1. Crash fase : depresi, agitasi, high drug craving, keletihan, keinginan untuk tidur, dan tidak adanya drug craving 2. Withdrawal fase : anhedonia, anergia, ansietas dan sangat membutuhkan cocain Respon Fisiologik 1. iskemia miokard 2. distonia akut
3. Narkotik	1. Eforia dengan perubahan sensori persepsi, pemahaman buruk, gangguan memori 2. mengantuk, penurunan interaksi social 3. Miosis, kontraksi pupil abnormal 4. Hiopotensi ringan dengan tachikardia, penurunan respirasi.	1. Penurunan tingkat kesadaran 2. Depresi pernafasan berkembang ke apneu dan respitarori arrest 3. bradikardia, hiopotensi, shock 4. Atoni gastrointestinal	Psikologis 1. Ansietas, gelisah, disforia, gangguan mood dan tidur Fisiologik 1. Kram pada lambung, nausea dan vomiting 2. Diaforesis 3. hipertensi 4. Nyeri pada otot dan pungggung 5. Bulu kuduk berdiri 6. Menguap 7. Midriasis 8. Diare
Alkohol	1. Penghambatan psikogis : kecemasan, keterbatasan dalam pengambilan keputusan, impulsive, hiperseks 2. Clear sensori tampa kebingungan dan halusinasi, penurunan keletihan, keinginan tingggi, peningkatan ketertarikan terhadap	1. Respirasi menurun 2. merasa dingin 3. kulit lembab 4. pupils konstriksi	1. Gelisah, iritabel, ansietas, agitasi 2. Anoreksia, nausea, vomiting 3. Tremor, Peningkatan nadi, peningkatan tekanan darah 4. Insomnia, sering mimpi buruk 5. Kerusakan konsentrasi, memori dan pengambilan keputusan 6. peningkatan sensitifitas thd

Pengkajian	Intoksikasi	With drawal	Overdosis
	lingkungan, peningkatan harga diri. 3. Peningkatan aktivitas psikomotor, tremor 4. peningkatan nadi dan tekanan darah 5. penurunan nafsu makan 6. midriasis		bunyi./ suara, perubahan sensasi raba 7. Delirium (disorientasi waktu, tempat dan orang) 8. Delusi biasanya paranoid 9. Kejang grand mal 10. Peningkatan temperatur
Opiat	1. Eforia dengan perubahan sensori persepsi, pemahaman buruk, gangguan memori 2. mengantuk, penurunan interaksi social 3. Miosis, kontraksi pupil abnormal 4. Hipotensi ringan dengan tachikardia, penurunan respirasi.	1. Penurunan tingkat kesadaran 2. Depresi pernafasan berkembang ke apneu dan respitarori arrest 3. bradikardia, hipotensi, shock 4. Atoni gastrointestinal	Awal 1. Kecemasan 2. insomnia 3. Peningkatan pernafasan 4. Berkeringat 5. Lakrikasi 6. menguap 7. rhinorrhea (ingusan) 8. Piloerection(merinding) 9. gelisah 10. anoreksia 11. iritabilitas 12. Dilatasi pupil Lanjut 1. Insomnia 2. nausea dan vomiting 3. diare 4. kelemahan 5. kram abdomen 6. takikardi 7. hipertensi 8. Muscle spasm 9. Nyeri otot dan tulang
Marijuana	1. Perubahan terhadap rasa 2. penurunan kemampuan berkonsentrasi, pasif, lesu, kerusakan memory jangka pendek, mengantuk atau hiperaktifitas, perubahan sensori persepsi. 3. Takikardia dengan hipotensi ortostatik 4. Infeksi konjuntiva, nistagmus 5. peningkatan nafsu makan 6. Mulut kering	1. Reaksi kecemasan atau panic 2. depersonalisasi 3. Waham curiga	1. Iritabel 2. kesulitan tidur 3. Sama seperti kokain

Pengkajian	Intoksikasi	With drawal	Overdosis
Inhalants	1. eforia, pusing, excitation, pleasant exhilaration, halusinasi penglihatan dan pendengaran 2. bersin 3. Nausea dan vomiting	1. Bingung, kurang control diri, kesadaran menurun, kejang 2. headaches, rtinnitus, penglihatan kabur, diplopia, nistagmus 3. Ketidakoordinasi otot, penekanan bicara, penurunan refleks 4. kardiak aritmia, edema pulmonary 5. keinginan bunuh diri	Sama dengan alcohol

4. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajaian maka diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan adalah: Koping individu tidak efektif

5. Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan untuk pasien:

a. Tujuan

1) Pasien dapat mengatasi tanda dan gejala intoksikasi atau putus zat
2) Pasien dapat mengenali dampak penggunaan zat
3) Pasien dapat meningkatkan motivasi untuk berhenti menggunakan zat
4) Pasien dapat mengontrol keinginan untuk menggunakan zat
5) Pasien dapat meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah
6) Pasien dapat mengubah gaya hidup
7) Pasien dapat menggunakan terapi psikofarmaka secara tepat dan benar

b. Tindakan

1) Diskusikan bersama pasien tentang dampak penggunaan zat terhadap:
   a) Kesehatan : tanda dan gejala intoksikasi dan penyakit fisik
   b) Sosial atau hubungan dengan orang lain (pergaulan)
   c) Pendidikan atau pekerjaan
   d) Ekonomi atau keuangan
   e) Hukum
2) Diskusikan tentang kehidupan pasien sebelum menggunakan zat, kemudian harapan pasien untuk kehidupan sekarang dan masa yang akan datang setelah tahu dampaknya.
3) Diskusikan cara meningkatkan motivasi untuk berhenti.

a) Hal-hal positif yang masih dipunyai pasien (kesehatan / pergaulan / pendidikan / pekerjaan / ekonomi / hukum), misalnya pasien masih kuat secara fisik, tidak ada komplikasi penyakit akibat penggunaan zat
b) Latih pasien untuk mensyukuri keadaannya tersebut
   (1) Sebutkan lebih sering hal-hal yang patut disyukuri (latihan afirmasi)
   (2) Sebutkan berulang-ulang keinginan untuk berhenti (latihan afirmasi)

4) Diskusikan cara mengontrol keinginan menggunakan zat dengan cara:
   a) Menghindar, misalnya: tidak pergi ke tempat-tempat yang ada pengedar, tidak melewati tempat yang mempunyai kenangan saat masih menggunakan zat, tidak bergabung / bergaul dengan pengguna
   b) Mengalihkan, misalnya: menyibukkan diri dengan aktivitas yang padat dan menyenangkan.
   c) Menolak, misalnya: mengatakan tidak, walaupun ditawarkan gratis dan tetap mengatakan tidak, walaupun sekali saja.
   d) Latih pasien mengontrol keinginan menggunakan zat
      (1) Menghindar
      (2) Mengalihkan
      (3) Menolak

5) Diskusikan cara menyelesaikan masalah yang sehat
   a) Mengenali cara pasien menyelesaikan masalah selama ini, misalnya segera menggunakan zat bila ada masalah
   b) Untung rugi cara tersebut digunakan
   c) Tawarkan cara yang sehat untuk menyelesaikan masalah, contoh:
      (1) Secara verbal : jika pasien sering dicurigai dan dituduh pakai NAPZA oleh orang tua maka pasien mengungkapkan bahwa pasien kecewa belum dipercaya oleh keluarga, kemudian bicarakan dengan orang tua bahwa tidak dipercaya itu membuat kesal dan dapat menimbulkan sugesti, katakan hal-hal yang diharapkan terhadap orang lain secara jujur dan terbuka, sepakati dengan orang tua kalau pasien akan mengatakan secara jujur pada keluarga jika pasien ternyata pakai lagi, dan keluarga akan membantu pasien untuk berobat
      (2) Secara fisik : ambil waktu luang untuk diri sendiri dengan jalan-jalan, melakukan aktifitas untuk menyalurkan kekesalan, seperti olah raga, relaksasi atau kegiatan lain yang disukai pasien
      (3) Secara sosial : cari bantuan orang lain untuk menyelesaikan masalah
      (4) Secara spiritual : mengadukan masalah kepada Tuhan dan menyakini bahwa akan ada bantuan dari YANG MAHA KUASA
   d) Latih pasien menggunakan cara tersebut dengan:
      (1) Mengenali situasi yang berisiko tinggi
      (2) Kondisi emosi negatif, misalnya kesal, dituduh pakai lagi

(3) Konflik dengan orang lain, misalnya bertengkar karena dilarang keluar rumah atau dituduh mencuri
(4) Tekanan sosial, misalnya dipaksa sebagai syarat untuk bergabung dengan kelompok tertentu
(5) Tidak menggunakan zat untuk menyelesaikan masalah, tetapi menggunakan cara yang sehat menyelesaikan masalah.

6) Diskusikan gaya hidup yang sehat
   a) Makan dan buang air secara teratur
   b) Bekerja dan tidur secara teratur
   c) Menjaga kebersihan diri
   d) Latih pasien mengubah gaya hidup
      (1) Tentukan aktivitas sehari-hari dan hobi
      (2) Buat jadwal aktivitas
      (3) Tentukan pelaksanaan jadwal tersebut
7) Latih pasien minum obat sesuai terapi dokter tekankan pada prinsip benar dosis obatnya

6. Evaluasi Asuhan Keperawatan pada Penyalahgunaan Zat

Evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan penyalahgunaan zat memerlukan perhatian dankewaspadaan perawat. Beberapa pertanyaan yang dapat diajukan untuk mengevaluasi hasil intervensi terhadap pasien dengan penyalahgunaan zat.

a. Apakahpasien telah mencapai tujuan yang telah ditentukan ?
b. Dapatkahpasien berkomunikasi secara efektif tanpa harus membela diri ?
c. Apakah pasien melakukan aktifitas sehari-hari tanpa menggunakan obat ?
d. d.Apakah pasien terlibat secara aktif pada berbagai kegiatan sosial eksternal ?
e. Apakah pasienmampu memanfaatkan sumber internal secara konsisten agar dapat produktif ditempat bekerja dan terlibat dalam hubungan interpersonal yang berarti

Latihan

1) Jelaskan tentang penyalahgunaan zat
2) Sebutkan jenis zat yang beredar di masyarakat
3) Sebutkan tanda dan gejala putus zat

Petunjuk Jawaban Latihan

1) Untuk mampu menjawab pertanyaan no 1 pelajarilah kembali materi penyalahgunaan zat
2) Untuk mampu menjawab pertanyaan no 2 pelajarilah kembali materi zat yang beredar dimasyarakat

3) Untuk mampu menjawab pertanyaan no 3 pelajarilah kembali materi mengenai gejala putus zat

Ringkasan

1. Pengertian penyalahgunaan zat merujuk pada penggunaan zat secara terus menerus bahkan sampai setelah terjadi masalah.
2. Jenis zat yang beredar di masyarakat dan banyak digunakan oleh pengguna diantaranya adalah depresan, mariyuana, stimulant, opiat, halusinogen, peniciklidin (PCP).
3. Rentang respons kimiawi yang maladaptif terdiri dari ketergantungan zat, penyalahgunaan zat, gejala putus zat dan toleransi.
4. Pengkajian pada gangguan berhubungan dengan zat meliputi faktor-faktor sebagai berikut, yaitu faktor perilaku, faktor perdisposisi (terdiri dari faktor biologis, faktor psikologis, faktor sosiokultural); faktor pencetus; sumber koping, dan mekanisme koping.

Tes 1

1) Berikut ini adalah tanda dan gejala dari intoksikasi zat opiat yaitu….
   A. Nyeri
   B. Mata dan hidung berair
   C. Perasaan panas dingin
   D. Diare
   E. Penurunan kesadaran

2) Mekanisme pertahanan ego yang khas digunakan pada individu penyalahguna zat yaitu.....
   A. Penyangkalan terhadap masalah
   B. Isolasi, rasionalisasi
   C. Reaksi formasi
   D. Introspeksi
   E. Sublimasi

3) Konflik dengan orang tua merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi timbulnya penyalahgunaan zat berdasarkan faktor......
   A. Zat
   B. Individu
   C. Mekanismse koping
   D. Pertahanan ego
   E. Sumber koping

4) Cemas, depresi, muka merah dan tangan gemetar serta tidak bisa tidur merupakan tanda dan gejala putus zat dari….
   A. Alkohol
   B. Opiat
   C. Sedatif
   D. Ampetamin
   E. Ganja

Topik 2
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Ansietas

Pada saat Anda merawat pasien seringkali pasien Anda mengeluh dada berdebar-debar, keluar keringat dingin, tidak dapat tidur dan mengatakan tidak napsu makan. Pada saat pemeriksaan fisik Anda mendapatkan tanda-tanda vital meningkat. Melihat kondisi demikian tentu Anda dapat menyimpulkan bahwa pasien Anda pasti sedang mengalami ansietas. Selanjutnya tentu Anda berfikir apa yang harus saya lakukan untuk membantu pasien saya agar ansietasnya menurun?

A. KONSEP ANSIETAS

1. Pengertian

Banyak ahli mendefinisikan mengenai ansietas. Berikut ini adalah salah satu definisi dari ansietas seperti pengertian ansietas dari Stuart dan Laraia (2005) yang mengatakan bahwa ansietas memiliki nilai yang positif. Karenadengan ansisetas maka aspek positif individu berkembang karena adanya sikap konfrontasi (pertentangan), antisipasi yang tinggi, penggunaan pengetahuan serta sikap terhadap pengalaman mengatasi kecemasan. Tetapi pada keadaan lanjut perasaan cemas dapat mengganggu kehidupan seseorang.

Definisi lain tentang ansietas adalah suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons. Seringkali sumber perasaan tidak santai tersebut tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu.Ansietas dapat pula diterjemahkan sebagai suatu perasaan takut akan terjadi sesuatu yang disebabkan oleh antisipasi bahaya. Ansietas merupakan sinyal yang menyadarkan/memperingatkan akan adanya bahaya yang akan datang dan membantu individu untuk bersiap mengambil tindakan untuk menghadapi ancaman.

2. Tanda dan Gejala Ansietas

a. Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri serta mudah tersinggung
b. Pasien merasa tegang, tidak tenang, gelisah dan mudah terkejut
c. Pasien mengatakan takut bila sendiri, atau pada keramaian dan banyak orang
d. Mengalami gangguan pola tidur dan disertai mimpi yang menegangkan
e. Gangguan konsensstrasi dan daya ingat
f. Adanya keluhan somatik, mis rasa sakit pada otot dan tulang belakang, pendengaran yang berdenging atau berdebar-debar, sesak napas, mengalami gangguan pencernaan berkemih atau sakit kepala

3. Tingkatan Ansietas

Stuart dan Laraia (2005), membagi ansietas terbagi dalam beberapa tingkatan. yaitu :

a. **Ansietas ringan.** Ansietas ringan sering kali berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan memperluas pAndangan persepsi. Ansietas ringan memiliki aspek positif yaitu memotivasi individu untuk belajar dan menghasilkan serta meningkatkan pertumbuhan dan kreativitas. Respon dari ansietas ringan adalah
   1) Respon fisiologis meliputi sesekali nafas pendek, mampu menerima rangsang yang pendek, muka berkerut dan bibir bergetar. Pasien mengalami ketegangan otot ringan
   2) Respon kognitif meliputi koping persepsi luas, mampu menerima rangsang yang kompleks, konsentrasi pada masalah, dan menyelesaikan masalah.
   3) Respon perilaku dan emosi meliputi tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada lengan, dan suara kadang meninggi.

b. **Ansietas sedang.** Pada ansietas tingkat ini, memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.Manifestasi yang muncul pada ansietas sedang antara lain:
   1) Respon fisiologis
      Sering napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, diare atau konstipasi, tidak nafsu makan, mual, dan berkeringat setempat.
   2) Respon kognitif
      Respon pandang menyempit, rangsangan luas mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatian dan bingung.
   3) Respon perilaku dan emosi
      Bicara banyak, lebih cepat, susah tidur dan tidak aman.

c. **Ansietas Berat.** Pada ansietas berat pasien lapangan persepsi pasien menyempit. Seseorang cendrung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci, spesifik dan tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku pasien hanya ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Pasien tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain. Manifestasi yang muncul pada ansietas berat antara lain:
   1) Respon fisiologis
      Napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur, dan ketegangan.
   2) Respon kognitif
      Lapang persepsi sangat sempit, dan tidak mampu menyelesaikan masalah.
   3) Respon perilaku dan emosi
      Perasaan terancam meningkat, verbalisasi cepat, dan menarik diri dari hubungan interpersonal.

d. **Tingkat Panik.** Perilaku yang tampak pada pasien dengan ansietas tingkat panik adalah pasien tampakketakutan dan mengatakan mengalami teror, tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan serta disorganisasi kepribadian. Terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang, kehilangan pemikiran rasional. Manifestasi yang muncul terdiri dari:
   1) Respon fisiologis
      Napas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, dan koordinasi motorik rendah.
   2) Lapang kognitif
      Lapang persepsi sangat sempit, dan tidak dapat berfikir logis.
   3) Respon perilaku dan emosi
      Mengamuk- amuk dan marah- marah, ketakutan, berteriak- teriak, menarik diri dari hubungan interpersonal, kehilangan kendali atau kontrol diri dan persepsi kacau.

4. Faktor Predisposisi

Menurut Stuart dan Laraia (20050) terdapat beberapa teori yang dapat menjelaskan terjadinya ansietas, diantaranya:

a. **Faktor Biologis,** Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, yang membantu mengatur ansietas. Penghambat GABA juga berperan utama dalam mekanisme biologis timbulnya ansietas sebagaimana halnya dengan endorfin. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.
b. Faktor Psikologis
   1) **PAndangan Psikoanalitik**. Ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara antara 2 elemen kepribadian – id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang yang dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa akan bahaya.
   2) **PAndangan Interpersonal,** Ansietas timbul dari perasaan takut terhadap penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas berhubungan dengan kejadian trauma, seperti perpisahan dan kehilangan dari lingkungan maupun orang yang berarti bagi pasien,. Individu dengan harga diri rendah sangat mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.
   3) **Pandangan Perilaku**, Ansietas merupakan produk frustasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap ansietas sebagai dorongan belajar dari dalam diri unntuk menghindari kepedihan. Individu yang sejak kecil terbiasa menghadapi ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas dalam

kehidupan selanjutnya dibandingkan dengan individu yang jarang menghadapi ketakutan dalam kehidupannya.

c. **Sosial budaya.** Ansietas merupakan hal yang biasa ditemui dalam keluarga.. Faktor ekonomi, latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya ansietas.

1. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi ansietas dibedakan menjadi 2 yaitu:

a. Ancaman terhadap integritas seseorang seperti ketidakmampuan atau penurunan fungsi fisiologis akibat sakit sehingga menganggu individu untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari

b. Ancaman terhadap sistem diri seseorang. Ancaman ini akan menimbulkan gangguan terhadap identitas diiri, harga diri, dan fungsi sosial individu.

2. Sumber Koping

Dalam menghadapi ansietas, individu akan memanfaatkan dan menggunakan berbagai sumber koping di lingkungan.

3. Mekanisme Koping

Pada pasien yang mengalami ansietas sedang dan berat mekanisme koping yang digunakan terbagi atas dua jenis mekanisme koping yaitu ;

a. **Reaksi yang berorientasi pada tugas** yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan realistik yang bertujuan untuk menurunkan situasi stres, misalnya
   1) Perilaku menyerang (agresif).
      Digunakan individu untuk mengatasi rintangan agar terpenuhinya kebutuhan.
   2) Perilaku menarik diri.
      Dipergunakan untuk menghilangkan sumber ancaman baik secara fisik maupun secara psikologis.
   3) Perilaku kompromi.
      Dipergunakan untuk mengubah tujuan-tujuan yang akan dilakukan atau mengorbankan kebutuhan personal untuk mencapai tujuan.

b. **Mekanisme pertahanan ego.** bertujuan untuk membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang. Mekanisme ini berlangsung secara tidak sadar, melibatkan penipuan diri, distorsi realitas dan bersifat maladaptif. Mekanisme pertahanan Ego yang digunakan adalah:
   1) Kompensasi.Adalah proses dimana seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan secara tegas menonjolkan keistimewaan/kelebihan yang dimilikinya.
   2) Penyangkalan (Denial).Menyatakan ketidaksetujuan terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Mekanisme pertahanan ini paling sederhana dan primitif.

3) Pemindahan (Displacemen).Pengalihan emosi yag semula ditujukan pada seseorang/benda tertentu yang biasanya netral atau kurang mengancam terhadap dirinya.
4) Disosiasi.Pemisahan dari setiap proses mental atau prilaku dari kesadaran atau identitasnya.
5) Identifikasi (Identification).Proses dimana seseorang mencoba menjadi orang yang ia kagumi dengan mengambil/menirukan pikiran-pikiran,prilaku dan selera orang tersebut.
6) Intelektualisasi (Intelektualization).Penggunaan logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya.
7) Introjeksi (Intrijection).Mengikuti norma-norma dari luar sehingga ego tidak lagi terganggu oleh ancaman dari luar (pembentukan superego)
8) Fiksasi.Berhenti pada tingkat perkembangan salah satu aspek tertentu (emosi atau tingkah laku atau pikiran)s ehingga perkembangan selanjutnya terhalang.
9) Proyeksi.Pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan. Perasaan emosional dan motivasi tidak dapat ditoleransi.
10) Rasionalisasi.Memberi keterangan bahwa sikap/tingkah lakunya menurut alasan yang seolah-olah rasional,sehingga tidak menjatuhkan harga diri.
11) Reaksi formasi.Bertingkah laku yang berlebihan yang langsung bertentangan dengan keinginan-keinginan,perasaan yang sebenarnya.
12) Regressi.Kembali ketingkat perkembangan terdahulu (tingkah laku yang primitif), contoh; bila keinginan terhambat menjadi marah, merusak, melempar barang, meraung, dsb.
13) Represi.Secara tidak sadar mengesampingkan pikiran, impuls, atau ingatan yang menyakitkan atau bertentangan, merupakan pertahanan ego yang primer yang cenderung diperkuat oleh mekanisme ego yang lainnya.
14) Acting Out.Langsung mencetuskan perasaan bila keinginannya terhalang.
15) Sublimasi.Penerimaan suatu sasaran pengganti yang mulia artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami halangan dalam penyalurannya secara normal.
16) Supresi.Suatu proses yang digolongkan sebagai mekanisme pertahanan tetapi sebetulnya merupakan analog represi yang disadari;pengesampingan yang disengaja tentang suatu bahan dari kesadaran seseorang;kadang-kadang dapat mengarah pada represif berikutnya.
17) Undoing.Tindakan/perilaku atau komunikasi yang menghapuskan sebagian dari tindakan/perilaku atau komunikasi sebelumnya merupakan mekanisme pertahanan primitif.

4. Data yang perlu dikaji :

Agar Anda mampu mendiagnosa pasien dengan ansietas. Maka Anda harus melakukan pengkajian. Berikut adalah data yang harus dikaji pada pasien ansietas.

a. **Perilaku**. Ditandai dengan produktivitas menurun, mengamati dan waspada, kontak mata minimal, gelisah, pergerakan berlebihan (seperti; foot shuffling, pergerakan lengan/ tangan), insomnia dan perasaan gelisah.

b. **Afektif**
Menyesal, iritabel, kesedihan mendalam, takut, gugup, sukacita berlebihan, nyeri dan ketidakberdayaan meningkat secara menetap, ketidakpastian, kekhawatiran meningkat, fokus pada diri sendiri, perasaan tidak adekuat, ketakutan, khawatir, prihatin dan mencemaskan

c. **Fisiologis**
Respon fisiologis pada pasien kecemasan tampak dengan adanya suara bergetar, gemetar/ tremor tangan atau bergoyang-goyang.refleks-refleks meningkatEksitasi kardiovaskuler seperti peluh meningkat, wajah tegang, mual, jantung berdebar-debar, mulut kering, kelemahan, sukar bernafas vasokonstriksi ekstremitas, kedutanmeningkat, nadi meningkat dan dilatasi pupil.
Sedangkan perilaku pasien akibat respon fisiologis pada sistem parasimpatis yaitu sering berkemih, nyeri abdomen dan gangguan tidur. perasaan geli pada ekstremitas, diarhea, keragu-raguan,kelelahan, bradicardia,tekanan darah menurun, mual, keseringan berkemih pingsan dan tekanan darah meningkat.

d. **Kognitif**
Respon kognitif pada pasien ansietas yaitu hambatan berfikir, bingung, pelupa, konsentrasi menurun, lapang persepsi menurun, Takut terhadap sesuatu yang tidak khas, cenderung menyalahkan orang lain., sukar berkonsentrasi, Kemampuan berkurang untuk memecahkan masalah dan belajar.

5. Faktor yang Mempengaruhi Ansietas

Ansietas dapat disebabkan karena individu terpapar zat bebahaya/racun (toksin), konflik tidak disadari tentang tujuan hidup, hambatan hubungan dengan kekeluargaan/ keturunan, adanya kebutuhan yang tidak terpenuhi, gangguan dalam hubungan interpersonal, krisis situasional/ maturasi, ancaman kematian, ancaman terhadap konsep diri, stress, penyalahgunaan zat, perubahan dalam status peran, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, perubahan lingkungan dan perubahan status ekonomi. (NANDA 2005)

B. PROSES KEPERAWATAN ANSIETAS

1. Pengkajian

Pengkajian pasien ansietas dapat dilakukan melalui wawancara dan observasi kepada pasien dan keluarga.

Tanda dan gejala ansietas dapat ditemukan dengan **wawancara,** melalui bentuk pertanyaan sebagai berikut:

a. Coba ibu/bapak ceritakan masalah yang menghantui fikiran ibu setelah operasi ?

b. Coba ibu/bapak ceritakan apa yang dirasakan pada saat memikirkan masalah yang dialami terutama setelah operasi
c. Apakah ada kelurhan lain yang dirasakan
d. Apakah keluhan tersebut menganggu aktifitas atau kegiatan sehari-hari

Tanda dan gejala ansietas yang dapat ditemukan melalui **observasi** adalah sebagai berikut:Ekspresi wajah terlihat tegang, rentang perhatian menyempit, perubahan tAnda-tanda vital (nadi dan tekanan darah naik), tampak sering nafas pendek, gerakan tersentak – sentak, meremas-remas tangan dan tampak bicara banyak dan lebih cepat.

Tabel 2.1
Format Analisa data dan Masalah

No	Data	Masalah
1	Subjektif : - Pasien merasa tegang dalam melakukan aktivitas sehari-hari Objektif : - Tampak motivasi dan kreatifitas meningkat - Tampak terpacu untuk menyelesaikan masalah	Kecemasan ringan
2	Subjektif : - Pasien merasa tidak dapat memikirkan hal lain, selain dirinya Objektif : - Pasien mengatakan minta tolong untuk menyelesaikan masalahnya. - Perlu pengarahan untuk melakukan tugas yang lain	Kecemasan Berat

2. Diagnosa Keperawatan: Ansietas

3. Pohon Masalah

Setelah Anda melakukan pengkajian dan mengelompokkan data pada pasien ansietas selanjutnya buatlah pohon masalah. Pohon masalah akan membantu dan mempermudah Anda untuk menegakkan diagnosa keperawatan.

Gambar 2.2.

Pohon Masalah pada Pasien Ansietas

4. Tindakan Keperawatan

a. Tujuan Tindakan Keperawatan

1) Klien dapat mengenal ansietas
2) Klien dapat mengatasi ansietas melalui latihan relaksasi
3) Klien dapat memperagakan dan menggunakan latihan relaksasi untuk mengatasi ansietas.
4) Melibatkan Keluarga dalam latihan yang telah disusun

b. Tindakan Keperawatan :

1) Membina hubungan saling percaya
2) Membantu klien mengenal ansietas
3) Mengajarkan teknik nafas dalam
    a) Pengertian
    Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu tindakan keperawatan dengan menghembuskan napas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah juga dapat menurunkan tingkat kecemasan (Smeltzer & Bare, 2002).

b) Tujuan
   Smeltzer & Bare (2002) menyatakan bahwa tujuan teknik relaksasi napas untuk mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.
c) Prosedur teknik relaksasi napas d
   (1) Ciptakan lingkungan yang tenang
   (2) Usahakan tetap rileks dan tenang
   (3) Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3
   (4) Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks
   (5) Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
   (6) Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
   (7) Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
   (8) Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam
   (9) Pada saat konsentrasi pusatkan pada hal-hal yang nyaman
   (10) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga ansietas terasa berkurang

4) Mengajarkan relaksasi otot
   a) Identifikasi tingkat cemas
   b) Kaji kesiapan pasien, perasaan pasien.
   c) Ruang yang sejuk, tidak gaduh dan alami
   d) Siapkan tempat tidur atau kursi yang dapat menopang bahu pasien
      (1) Jelaskan kembali tujuan terapi dan prosedur yang akan dilakukan
      (2) Pasien berbaring atau duduk bersAndar (ada sAndaran untuk kaki dan bahu)
      (3) Lakukan latihan nafas dalam dengan manarik nafas melalui hidung dan dihembuskan melalui mulut
      (4) Bersama pasien mengidentifikasi (pasien dianjurkan dan dibimbing untuk mengidentifikasi) daerah-daerah ototyang sering tegang misalnya dahi, tengkuk, leher, bahu, pinggang, lengan, betis
      (5) Bimbing pasien untuk mengencangkan otot tersebut selama 5 sampai 7detik, kemudian bimbing pasien untuk merelaksasikan otot 20 sampai 30 detik.
      (6) Kencangkan dahi (kerutkan dahi keatas) selama 5-7 detik,kemudian relakskan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya.
      (7) Kencangkan bahu, tarik keatas selama 5-7detik, kemudian relakskan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar.

(8) Kepalkan telapak tangan dan kencangkan otot bisep selama 5-7 detik, kemudian relakskan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar.

(9) Kencangkan betis, ibu jari tarik kebelakang bisep selama 5-7 detik, kemudian relakskan 20-30 detik. Minta Pasien untuk merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar.

(10) Selama kontraksi pasien dianjurkan merasakan kencangnya otot dan selama relaksasi anjurkan pasien konsentrasi merasakan rilaksnya otot.

5) Melatih pasien prosedure hipnosis 5 jari
   a) Atur posisi klien senyaman mungkin
   b) Pejamkan mata dan lakukan teknik napas dalam secara perlahan sebanyak 3 kali. Minta pasien untuk relaks
   c) Minta pasien untuk menautkan ibu jaridengan jari telunjuk, dan minta pasiun untuk membayangkan kondisi dirinya ketika kondisi begitu sehat
   d) Tautkan ibu jqri dengan jari tengah minta pasien membayangkan ketika mendapatkan hadiah atau barang yang sangat disukai
   e) Tautkan ibu jari kepada jari manis, bayangkan ketika Anda berada di tempat yang paling nyaman, tempat yang membuat pasien merasa sangat bahagia
   f) Tautkan ibu jari dengan jari kelingkng, bayangkan ketika Anda mendapat suatu penghargaan
   g) Tarik nafas, lakukan perlahan, lakukan selama 3 kali
   h) Buka mata kembali.

6) Memasukan kejadwal kegiatan harian klien

5. Evaluasi

a. Pasien dapat mengenal ansietas
b. Pasien dapat mengatasi ansietas melalui latihan relaksasi:tarik nafas dalam dan distraksi lima jari
c. Pasien dapat memperagakan dan menggunakan latihan relaksasi untuk mengatasi ansietas.
d. Melibatkan Keluarga dalam latihan yang telah disusun

6. Pendokumentasian

Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan yang meliputi dokumentasi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi tindakan keperawatan, dan evaluasi.Berikut contoh pendokumentasian asuhan keperawatan pada klien dengan ansietas.

Tabel 2.2

Contoh Pendokumentasian pada Pasien Ansietas

<table>
<tr><th>IMPLEMENTASI</th><th>EVALUASI</th></tr>
<tr><td>
Tgl ....bulan..... tahun.....pkl.......

Data:
Data pasien dan kemampuan

Pasien mengatakan tidak bisa tidur dan sering terbangun pada malam hari serta sering mimpi buruk
Pasien mengatakan sering berdebar-debar, sesak napas tangan dan kaki dingin bila memikirkan masalahnya
Kemampuan pasien
Pasien mengatakan bila berdebar2 tarik napas panjang dan berdoa
Bila sulit tidur pasien mengatakan membayangkan hal-hal yang indah dan mambaca buku
Pasien mampu mendemonstrasikan cara tarik napas dalam dengan benar

Data keluarga dan kemampuan

Keluarga mengatakan sudah mengetahui menurunkan atau menghilangkan ansietas
Keluarga telah mengetahui cara merawat pasien dengan ansietas
Kelurga memantau pasien minum obat

DK:
ansietas
Intervensi:
Tindakan ke pasien

Evaluasi kegiatan pasien dalam menurunkan ansietas dengan tarik napas dalam dan berdoa.
Beri pujian
Latih satu cara untuk yaitu bercakap-cakap dengan orang lain seperti keluarga
Memasukkan pada jadwali kegiatan untuk latihan bercakap-cakap dengan orang lain/keluarga
Mengevaluasi tanda dan gejala ansietas

Tindakan ke keluarga

Evaluasi kegiatan keluarga dalam membantu menurunkan tingkat ansietas

</td><td>
S :Pasien

Pasien melatih tarik napas dalam 3 kali sehari
Membiasakan berdoa dan cara spiritual lain
Mengajak anggota keluarga yang lain untuk bercakap-cakap bila pasien sendirian

S : keluarga

Keluarga mengatakan anaknya sudah tneang dan dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal
Keluarga mengatakan senang dapat membimbing dan merawat anaknya
Keluarga mengatakan akan terus memotivasi anaknya untuk melakukan sesuai jadwal

O: Pasien

Pasien koopertif, tampak tenang, ansietas berkurang.

O: keluarga

Keluarga tampak melatih dan membimbing pasien dalam menurunkan tingkat ansietas
Keluarga kooperatif

A:
Berdoa, tarik napas dalam dan bercakap-cakap mampu menurunkan ansietas.
P:
P untuk pasien
Pasien berlatih menurunkan tingkat ansietas dengan tarik napas, secara spiritual dan afirmasi (3 kali per hari)
P . Keluarga
Memotivasi dan membimbing sesuai dengan jadwal dan minum obat.
</td></tr>
</table>

IMPLEMENTASI	EVALUASI
pasien 2. Beri pujian. 3. Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengajak anggota keluarga yang lain bercakap-cakap dengan pasien jika melihat klein termenung. 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwali dan memberikan pujian **RTL:** **Pasien** Melakukan latihan menurunkan tingkat ansietas **Keluarga** Memotivasi dan membimbing pasien untuk menurunkan ansietas	**Nurhalimah**

Latihan

1) Jelaskan tanda dan gejala ansietas ringan, sedang berat dan panik
2) Jelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi ansietas

Petunjuk Jawaban Latihan

1) Untuk menjawab pertanyaan no 1 pelajarlah kembali tanda dan gejala ansietas
2) Untuk menjawab pertanyaan no 2 pelajarilah kembali faktor-faktor yang mempengaruhi ansietas

Ringkasan

1. Ansietas adalah kebingungan, ketakutan pada sesuatu yang akan terjadi dengan penyebab yang tidak jelas yang dihubungkan dengan perasaan tidak menentu dan tidak berdaya.Definisi ansietas menurut Stuart dan Laraia (2005) memiliki nilai yang positif, karena individu akan berkembang karena adanya sikap konfrontasi (pertentangan), antisipasi yang tinggi, penggunaan pengetahuan serta sikap terhadap pengalaman mengatasi kecemasan. Tetapi pada keadaan lanjut perasaan cemas dapat mengganggu kehidupan seseorang. Ansietasterbagi atas tiga tingkatan yaitu ringan, sedang, berat dan panik.
2. Ansietas ringan ditandai dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, menyebabkan seseorang menjadi waspada, meningkatkan lapangan persepsi (persepsi meluas), motivasi dan kreatitifas meningkat, mampu belajar dan memecahkan masalah secara efektif.

3. Sementara tanda dan gejala kecemasan sedang adalah penerimaan rangsang dari luar menurun, sangat memperhatikan hal yang menjadi pusat perhatiannya, lapangan persepsi menyempit, dan belajar dengan pengarahan orang lain.
4. Pada kecemasan berat ditandai dengan lapangan persepsi sangat menyempit, pusat perhatian pada detail yang kecil (spesifik) dan tidak dapat berpikir tentang hal-hal lain, perilaku bertujuan untuk meminta pertolongan, dan memerlukan pengarahan yang lebih banyak untuk memfokuskan pada area yang lain.
5. Pada panik akan dijumapai tanda dan gejala individu sangat kacau, tidak mampu bertindak, berkomunikasi, dan berfungsi secara efektif, aktivitas motorik meningkat, kemampuan berhubungan dengan orang lain sangat menurun, individu tidak dapat mengerjakan sesuatu tanpa pengarahan, dan tidak mampu berpikir secara rasional

Tes2

1) Hasil pengkajian didapatkan data aktifitas sangat lesu, tidak bergairah, tidak napsu makan, tidak dapat tidur dan sering terjaga dan seringkali bertanya tentang penyakitnya berdasarkan hasil pemeriksaan fisik TD, RR dan nadi naik . Berdasarkan data diatas maka klien mengalami
   A. Anxietas
   B. Takut
   C. Depresi
   D. Kehilangan
   E. Berduka

2) Hasil pemeriksaan diketahui data persepsi pasien sangat sempit dan hanya mampu memusatkan perhatian kejadian yang sedang dialami Berdasarkan data diatas, pasien anxietas tingkat
   A. Ringan
   B. Sedang
   C. Berat
   D. Panik
   E. Syock

3) Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat dalam mengatasi ansietas bertujuan untuk kecuali:
   A. Menurunkan kecemasan pasien
   B. Pasien dapat mengenal ansietas
   C. Pasien dapat mengatasi ansietas melalui latihan relaksasi

   D. Pasien dapat memperagakan dan menggunakan latihan relaksasi untuk mengatasi ansietas.

E. Tidak melibatkan Keluarga dalam latihan yang telah disusun

4) Tindakan keperawatan pada pasien yang mengalami ansietas adalah kecuali :

A. Membantu menghubungkan situasi dan interaksi yg menimbulkan ansietas.

B. Membantu melakukan penilaian thd stresor yg dirasa mengancam dan menimbulkan konflik.

C. Membantu mengaitkan pengalaman saat ini dg pengalaman masa lalu

D. Memberikan support agar anxietas menurun

E. Ansietas meningkat

5) Berikut ini respon fisiologis pasien kecemasan kecuali:

A. Suara bergetar

B. Gemetar/ tremor tangan atau bergoyang-goyang.

C. Peluh meningkat

D. Wajah tegang

E. Takut

Kunci Jawaban Tes

Tes2
1) E
2) A
3) A
4) A

Tes 3
1) A
2) C
3) E
4) E
5) E

Daftar Pustaka

Allen, K.M (1996). *Nursing Care of the Addicted Client*. Philadelphia : Lippincott

Budi Anna K, dkk. (2006). Modul *IC CMHN : Manajemen Kasus Gangguan Jiwa dalam keperawatan kesehatan jiwa komunitas FIK-UI dan WHO*. Jakarta.Indonesia

Sullivan,E.J. (1995).*Nursing Care of Clients with Substances Abuse*. St Louise : Mosby

BAB IV
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL: GANGGUAN CITRA TUBUH DAN KEHILANGAN

Ns. Nurhalimah, S.Kep, M.Kep. Sp.Kep.J

PENDAHULUAN

Selamat bertemu kembali, semoga kesuksesan selalu menyertai langkah Anda. Selamat mempelajari Bab 4 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Psikososial: Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan. Untuk membantu Anda memahami materi dalam bab ini pelajarilah ilustrasi berikut ini. Ketika Anda memeriksa pasien di rumah sakit, puskesmas atau di masyarakat. Anda menemukan pasien yang mengatakan ”saya malu dengan diri saya suster, karena tangan dan kaki saya tidak dapat dipergunakan lagi, akibat kecelakaan. Atau pasien yang mengatakan “suster saya merasa tidak percaya diri dengan diri saya, saya malu bertemu dengan teman-teman saya karena saya telah kehilangan anggota tubuh yang paling berharga bagi seorang wanita. Bagaimana saya harus kekantor suster dan bertemu dengan relasi saya bila kondisi saya seperti ini”

Atau pasien yang mengatakan hidup saya tidak berarti lagi suster. Hidup saya hampa Suster, tanpa keluarga saat ini saya sebatang kara karena seluruh keluarga saya, anak dan isteri saya meninggal akibat kecelakaan itu Suster. Saya saat ini seperti burung yang hilang sayapnya satu. Saya tidak tahu bagaimana melanjutkan hidup ini tanpanya suster”. Seringkali keluhan pasien disertai dengan perubahan fisiologis seperti tidak bisa tidur dengan nyenyak, tidak napsu makan, dan lain-lain. Dalam keadaan demikian, pasti Anda sudah dapat menyimpulkan bahwa pasien Anda mengalami masalah psikososial.Bagus sekali! Anda telah mampu mendiagnosis masalah psikososial.

Untuk meningkatkan pemahaman Anda mengenai masalah psikososial. Kita akan mempelajari asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah psikososial. Agar bab ini dapat Anda pelajari dengan mudah, maka bab ini dibagi menjadi dua Kegiatan Belajar, yaitu :

Topik 1: Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan Citra Tubuh.

Topik 2: Asuhan Keperawatan pada pasien dengan kehilangan

Kegiatan belajar 1 bertujuan agar Anda mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh. Secara khusus tujuan pembelajaran ini adalah agar Anda mampu:

1. Menjelaskan konsep gangguan citra tubuh
2. Melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh

a. Pengkajian pada pasien dengan gangguan citra tubuh
b. Menyusun diagnosis keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh
c. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien gangguan citra tubuh
d. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien gangguan citra tubuh
e. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien gangguan citra tubuh
f. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien gangguan citra tubuh

Pada Topik 2 Anda akan mempelajari mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan kehilangan. Tujuan umum mepelajari materi tersebut adalah agar Anda mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kehilangan. Sedangkan secara khusus tujuan pembelajaran adalah Anda mampu

1. Menjelaskan konsep kehilangan
2. Melakukan pengkajian pada pasien dengan kehilangan
   a. Menyusun diagnosis keperawatan pada pasien dengan kehilangan
   b. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien dengan kehilangan
   c. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien dengan kehilangan
   d. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien dengan kehilangan

Untuk lebih memahami kedua kegiatan belajar diatas, beberapa pertanyaan akan diajukan untuk Anda jawab segera setelah selesai mempelajari uraian materinya. Untuk menilai kemajuan belajar Anda, kerjakan Tes yang ada pada setiap akhir Kegiatan Belajar. Sebaiknya Anda tidak melihat Kunci Jawaban terlebih dahulu sebelum selesai menjawab pertanyaan dan tugas.

Waktu untuk menyelesaikan bab ini kurang lebih 2 x 120 menit. Gunakan waktu tersebut dengan sebaik-baiknya. Anda dinyatakan berhasil apabila memperoleh nilai 80 atau 80% dapat menyelesaikan pertanyaan atau tugas yang diberikan. Saya yakin Anda dapat memahami bab ini dengan baik asalkan Anda benar benar dengan cermat mempelajarinya.

Topik 1
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Citra Tubuh

Pada pasien yang sedang sakit, sedang dirawat baik dalam jangka waktu yang singkat maupun dalam waktu yang lama atau pasien mengalami kehilangan ukuran, fungsi, penampilan dari anggota tubuh pada sebahagian orang dapat mengakibatkan perasaan malu dan tidak berharga yang pada akhirnya akan mempengaruhi hubungan dengan orang lain. Pada kondisi demikian, intervensi keperawatan harus segera dilakukan apabila tidak, pasien akan mengalami harga diri rendah situasional maupun kronik.

Selanjutnya tentu Anda berfikir intervensi apa yang harus saya lakukan agar pasien dapat menerima kondisinya saat ini dan tidak menjadi pasien dengan harga diri rendah. Untuk menjawab pertanyaan Anda pelajarilah kegiatan Topik 1 ini dengan sebaik-baiknya. Karena dengan mempelajari bab ini Anda akan mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan mgangguan citra tubuh.

A. DEFINISI

Banyak ahli mendefinisikan mengenai citra tubuh diantaranya menurutStuart &Laraia (2005) bahwa citra tubuh adalah kumpulan dari sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya. Termasuk dalam hal ini adalah persepsi tentang masa lalu dan sekarang, serta perasaan tentang ukuran, fungsi, penampilan dan potensi diri.Citra tubuh merupakan salah satu komponen dari konsep diri dimana konsep diri adalah semua pikiran, keyakinan dan kepercayaan yang membuat seseorang mengetahui tentang dirinya dan mempengaruhi hubungannya dengan orang lain.

Pendapat lain mengenai cita tubuh   adalah sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar termasuk persepsi dan perasaan tentang ukuran dan bentuk, fungsi, penampilan dan potensi tubuh saat ini dan masa lalu. Sedangkan Keliat. BA (1999), mendefinisikan citra tubuh sebagai sikap, persepi, keyakinan, pengetahuan individu secara sadar atau tidak sadar terhadap tubuhnya yaitu ukuran, bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna dan objek yang kontak secara terus menerus (anting, make-up, kontak lensa, pakaian, kursi roda) baik masa lalu maupun sekarang.

Anda telah mempelajari berbagai definisi dari para ahli mengenai citra tubuh. Nah sekarang coba Anda Jelaskan kembali pengertian dari citra tubuh dengan menggunakan bahasa Anda sendiri.

B. MANIFESTASI KLINIS CITRA TUBUH

Pasien dengan gangguan citra tubuh dapat diketahui bila menunjukkan tAnda dan gejala sebagai berikut:

a. Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah
b. Tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi/akan terjadi

c. Menolak penjelasan perubahan tubuh
d. Persepsi negatif pada tubuh
e. Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang
f. Mengungkapkan keputusasaan
g. Mengungkapkan ketakutan

C. PENGKAJIAN

Untuk mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh, langkah pertama yang harus dilakukan adalah pengkajian. Apa yang harus Anda ketahui dan lakukan pada saat melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan citra tubuh?. Pengkajian pada pasien gangguan citra tubuh dilakukan dengan cara **wawancara dan observasi**. Berikut ini adalah **observasi** pada saat pengkajian yang harus Anda lakukan.

1. Tanda dan Gejala:

   Data obyektif yang dapat diobservasi:
   a. Perubahan dan hilangnya anggota tubuh, baik struktur, bentuk dan fungsi
   b. Menyembunyikan atau memamerkan bagian tubuh yang terganggu
   c. Menolak melihat bagian tubuh
   d. Menolak menyentuh bagian tubuh
   e. Aktifitas social menurun

   Data Subyektif :

   Data subyektif didapat dari hasil wawancara,pasien dengan gangguan citra tubuh biasanya mengungkapkan
   a. Penolakkan terhadap :
      1) Perubahan anggota tubuh saat ini, misalnya tidak puas dengan hasil operasi
      2) Anggota tubuhnya yang tidak berfungsi
      3) Interaksi dengan orang lain
   b. Perasaan tidak berdaya, tidak berharga dan keputusasaan
   c. Keinginan yang terlalu tinggi terhadap bagian tubuh yang terganggu
   d. Sering mengulang-ulang mengatakan kehilangan yang terjadi
   e. Merasa asing terhadap bagian tubuh yang hilang

Langkah selanjutnya yang harus dilakukan setelah melakukan pengkajian adalah melakukan pengelompokkan data dan melakukan analisa data. Tabel 4.1 dibawah ini merupakan contoh analisa data

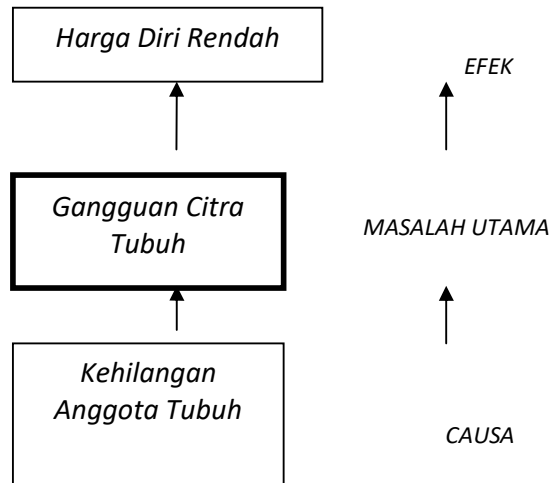
Tabel 4.1
Analisis data

No	Data			Masalah
1	Subjektif	-	Pasien merasa tidak dapat menerima keadaan dirinya	Gangguan citra tubuh/gambaran diri
	Objektif :	-	Pasien menolak melihat anggota tubuh yang berubah	
		-	Pasien menolak penjelasan perubahan tubuhnya	

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Setelah Anda melakukan analisa data dan merumuskan masalah langkah selanjutnya adalah menegakkan diagnose keperawatan yaitu **Gangguan Citra Tubuh**

Setelah menetapkan diagnose keperawatan apa langkah selanjutnya? Membuat pohon masalah. Gambar dibawah ini merupakan contoh pohon masalah pada gangguan citra tubuh. Diskusikanlah dengan teman Anda cara membuat pohon masalah pada kasus gangguan citra tubuh

POHON MASALAH

Gambar 4.1
Pohon Masalah Gangguan Citra Tubuh

E. TINDAKAN KEPERAWATAN

Apa langkah selanjutnya setelah membuat pohon masalah dan menetapkan masalah utama pada kasus gangguan citra tubuh? Langkah selanjutnya setelah Anda menegakkan diagnose keperawatan adalah melakukan tindakan keperawatan. Tindakan keperawatan untuk pasien dengan gangguan citra tubuh bertujuan agar pasien mampu

1. Mengidentifikasi citra tubuhnya
2. Meningkatkan penerimaan terhadap citra tubuhnya
3. Mengidentifikasi aspek positif diri
4. Mengetahui cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh
5. Melakukan cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh
6. Berinteraksi dengan orang lain tanpa terganggu

Agar tujuan pemberian asuhan keperawatan pasien gangguan citra tubuh berhasil, maka tindakan keperawatan yang dilakukan adalah

1. Diskusikan persepsi pasien tentang citra tubuhnya, dulu dan saat ini., perasaan tentang citra tubuhnya dan harapan tentang citra tubuhnya saat ini
2. Motivasi Pasien untuk melihat/meminta bantuan keluarga dan perawat untuk melihat dan menyentuh bagian tubuh secara bertahap
3. Diskusikan aspek positif diri
4. Bantu Pasien untuk meningkatkan fungsi bagian tubuh yang terganggu (misalnya menggunakan anus buatan dari hasil kolostomi)
5. Ajarkan Pasien meningkatkan citra tubuh dengan cara:
   a. Motivasi Pasien untuk melakukan aktivitas yang mengarah pada pembentukkan tubuh yang ideal
   b. Gunakan protese, wig (rambut palsu),kosmetik atau yang lainnya sesegera mungkin,gunakan pakaian yang baru.
   c. Motivasi pasien untuk melihat bagian yang hilang secara bertahap.
   d. Bantu pasien menyentuh bagian tersebut.
6. Lakukan interaksi secara bertahap dengan cara:
   a. Susun jadual kegiatan sehari-hari
   b. Motivasi untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan terlibat dalam aktivitas keluarga dan social
   c. Motivasi untuk mengunjungi teman atau orang lain yang berarti atau mempunyai peran penting baginya
   d. Berikan pujian terhadap keberhasilan Pasien melakukan interaksi

1. Tindakan terhadap keluarga

Tujuan umum :Kluarga dapat membantu dalam meningkatkan kepercayaan diri klien

Tujuan khusus :

a. Keluarga dapat mengenal masalah gangguan citra tubuh

b. Keluarga dapat mengenal masalah gangguancitra tubuhcitra tubuh.
c. Keluarga mengetahui cara mengatasi.masalah gangguan citra tubuh
d. Keluarga mampu merawat pasien gangguancitra tubuhcitra tubuh.
e. Keluarga mampu mengevaluasi kemampuanpasien dan memberikan pujian ataskeberhasilannya..

2. Tindakan Keperawatan

a. Jelaskan dengan keluarga tentanggangguan citra tubuh yang terjadi pada pasien.
b. Jelaskan kepada keluarga cara mengatasi gangguan citra tubuh.
c. Ajarkan kepada keluarga cara merawat pasien.
d. Menyediakan fasilitas untuk memenuhi kebutuhan pasien dirumah.
e. Menfasilitasi interaksi dirumah.
f. Melaksanakan kegiatan dirumah dan sosial.
g. Memberikan pujian atas keberhasilan pasien.

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Setelah melakukan tindakan keperawatan. Langkah selanjutnya adalah melakukan evaluasi keperawatan. Keberhasilan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh tampak dari kemampuan pasien untuk

a. Mengungkapkan persepsi tentang citra tubuhnya, dulu dan saat ini.
b. Mengungkapkan perasaan tentang citra tubuhnya dan harapan tentang citra tubuhnya saat ini
c. Meminta bantuan keluarga dan perawat untuk melihat dan menyentuh bagian tubuh secara bertahap
d. Mendiskusikan aspek positif diri
e. Pasien meminta untuk meningkatkan fungsi bagian tubuh yang terganggu (misalnya menggunakan anus buatan dari hasil kolostomi)

G. PENDOKUMENTASIAN

Langkah terakhir dari asuhan keperawatan adalah melakukan dokumentasi asuhan keperawatan. Dokumentasi dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan yang meliputi dokumentasi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi tindakan keperawatan, dan evaluasi.

Latihan

1) Sebutkan tanda dan gejala dari gangguan citra tubuh (bila Anda mengalami kesulitan dalam menjawab pertanyaan tersesbut, baca kembali tanda dan gejala gangguan citra tubuh)
2) Jelaskan pengertian gangguan citra tubuh (bila Anda mengalami kesulitan dalam menjawab pertanyaan tersesbut, baca kembali pengertian gangguan citra tubuh)
3) Sebutkanlah tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh (bila Anda mengalami kesulitan dalam menjawab pertanyaan tersesbut, baca kembali tindkan keperawatan pada gangguan citra tubuh)
4) Nn Cy. B (4o tahun) di diagnosa menderita Ca. Payudara. Seminggu yang lalu, Pasien menjalani mastektomi pada payudara kirinya. Sejak saat itu Pasien tampak lebih pendiam dan jarang berbicara. Pandangan Pasien selalu terarah ke sebelah kanan. Pasien tidak mau menoleh ke sebelah kiri karena tidak mau melihat payudaranya yang telah diangkat. Pasien mengatakan ia merasa menjadi orang yang tidak sempurna dan Pasien merasa malu.

   Tugas Anda adalah:
   a) Lakukan pengkajian pada kasus diatas
   b) Lakukanlah analisis data dan masalah keperawatan!
   c) Buatlah pohon masalah!
   d) Tetapkanlah tindakan keperawatan
   e) Lakukanlah evaluasi keperawatan

Petunjuk Jawaban Latihan

1) Untuk mampu menjawab pertanyaan no 1 pelajarilah kembali materi pengkajian asuhan keperawatan
2) Untuk mampu menjawab pertanyaan no 2 pelajarilah kembali materi analisis data dan masalah keperawatan
3) Untuk mampu menjawab pertanyaan no 3 pelajarilah kembali materi cara membuat pohon masalah
4) Untuk mampu menjawab pertanyaan no 4 pelajarilah kembali materi cara menetapkan tindakan keperawatan
5) Untuk mampu menjawab pertanyaan no 5 pelajarilah kembali cara membuat evaluasi keperawatan.

Ringkasan

1. Citra tubuh merupakan salah satu komponen dari konsep diri dimana konsep diri adalah semua pikiran, keyakinan dan kepercayaan yang membuat seseorang mengetahui tentang dirinya dan mempengaruhi hubungannya dengan orang lain.
2. Data obyektif yang dapat diobservasi pada pasien dengan gangguan citra tubuh adalah perubahan dan hilangnya anggota tubuh, baik struktur, bentuk dan fungsi, menyembunyikan atau memamerkan bagian tubuh yang terganggu,menolak melihat bagian tubuh, menolak menyentuh bagian tubuh, aktifitas social menurun.
3. Sedangkan data obyektif yang diungkapkan pasien dengan gangguan citra tubuh adalah mengungkapkan penolakkan terhadap prubahan anggota tubuh saat ini, misalnya tidak puas dengan hasil operasi, anggota tubuhnya yang tidak berfungsi. Menolak interaksi dengan orang lain, dan mengungkapkan perasaan tidak berdaya, tidak berharga dan keputusasaan. Mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi terhadap bagian tubuh yang terganggu. Sering mengulang-ulang mengatakan kehilangan yang terjadi. Merasa asing terhadap bagian tubuh yang hilang
4. Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan kesehatan jiwa yang terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan dengan pendekatan menggunakan teknik komunikasi terapeutik. Dari kelompok data yang terkumpul, baik data subjektif maupun data objektif, selanjutnya masalah dirumuskan.Dalam kaitan ini perlu dibuat daftar masalah keperawatan kesehatan jiwa sesuai dengan pengkajian, pohon masalah, dan menegakkan diagnosa keperawatan dengan menyimpulkan core problem (masalah utama) langkah selanjutnya adalah Menegakkan diagnosa dilakukan berdasarkan perioritas, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan, mengevaluasi keberhasilan klien dan keluarga danmenuliskan pendokumentasian pasien sesuai dengan format yang ada.

Tes 1

1) Berikut ini adalah data subyektif yang Anda temukan pada pasien dengan gangguan citra tubuh kecuali….
   A. Mengungkapkan penolakkan terhadap perubahan anggota tubuh saat ini.
   B. Tidak mau berinteraksi dengan orang lain
   C. Mengungkapkan perasaan tidak berdaya, tidak berharga dan keputusasaan
   D. Mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi terhadap bagian tubuh yang terganggu
   E. Sering mengulang-ulang mengatakan kehilangan yang terjadi

2) Tujuan tindakkan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh adalah….
   A. Pasien dapat mengidentifikasi citra tubuhnya
   B. Pasien dapat meningkatkan penerimaan terhadap citra tubuhnya
   C. Pasien dapat mengidentifikasi aspek positif diri
   D. Pasien dapat mengetahui cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh
   E. Pasien tidak dapat melakukan cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh

3) Data obyektif yang dapat diobservasi pada pasien dengan gangguan citra tubuh adalah….
   A. Perubahan dan hilangnya anggota tubuh, baik struktur, bentuk dan fungsi
   B. Menyembunyikan atau memamerkan bagian tubuh yang terganggu
   C. Menolak melihat bagian tubuh
   D. Menolak menyentuh bagian tubuh
   E. Pasien mengatakan malu dengan dirinya

4) Tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh kecuali….
   A. Diskusikan persepsi Pasien tentang citra tubuhnya, dulu dan saat ini., perasaan tentang citra tubuhnya dan harapan tentang citra tubuhnya saat ini
   B. Motivasi Pasien untuk melihat/meminta bantuan keluarga dan perawat untuk melihat dan menyentuh bagian tubuh yang mengalami cancer secara bertahap
   C. Diskusikan aspek positif diri
   D. Bantu Pasien untuk meningkatkan fungsi bagian tubuh yang terganggu (misalnya menggunakan anus buatan dari hasil kolostomi)
   E. Anjurkan pasien untuk berkenalan dengan orang lain dilingkungan sekitarnya

5) Keberhasilan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh ditAndai dengan: Kecuali….
   A. Mengungkapkan persepsi tentang citra tubuhnya, dulu dan saat ini.
   B. Mengungkapkan perasaan tentang citra tubuhnya dan harapan tentang citra tubuhnya saat ini
   C. Meminta bantuan keluarga dan perawat untuk melihat dan menyentuh bagian tubuh secara bertahap
   D. Mendiskusikan aspek positif diri
   E. Tidak mau menggunakan alat bantu yang disediakan untuk meningkatkan fungsi bagian tubuh yang terganggu (misalnya menggunakan anus buatan dari hasil kolostomi)

Topik 2
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kehilangan

Seringkali Anda mendengar pasien mengatakan saya merasa sendiri didunia ini suster saya tidak mampu berbuat apa-apa suster. Saya telah gagal suster karena kecacatan ini. bagaimana saya harus melanjutkan hidup ini suster. Bila Anda menemukan kasus diatas, diagnosa apa yang terlintas dalam benak Anda, benar sekali pasien Anda mengalami kehilangan. Setelah Anda mengetahui diagnosis pasien, tentu Anda harus melakukan intervensi keperawatan agar pasien Anda mengetahui cara-cara untuk mengatasi kehilangan. Tapi bagaimana saya harus melakukan intervensi keperawatan sementara saya belum memiliki pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien kehilangan? Untuk menjawab pertanyaan Anda pelajarilah Topik 2 ini dengan sebaik-baiknya. Saya yakin Anda mampu mempelajarinya dengan baik, karena materi kegiatan belajar ini sangat lengkap sehingga mampu membantu Anda untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien kehilangan. Selamat belajar sukses untuk Anda.

A. KONSEP KEHILANGAN

1. Definisi

Lambert& Lambert mengatakan bahwa: kehilangan adalah suatu keadaan individu berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, kemungkinan menjadi tidak ada, baik terjadi sebagian atau keseluruhan.Kehilangan merupakan pengalaman yang pernah dialami oleh setiap individu selama rentang kehidupan cenderung mengalami kembali walaupun dalam bentuk berbeda.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi kehilangan, tergantung:

a. Arti dari kehilangan
b. Sosial budaya
c. kepercayaan / spiritual
d. Peran seks/jenis kelamin
e. Status social ekonomi
f. kondisi fisik dan psikologi individu.

3. Tipe Kehilangan

Kehilangan dibagi dalam 2 tipe yaitu:

a. Kehilangan aktual atau nyata. Kehilangan ini sangat mudah dikenal atau diidentifikasi oleh orang lain, seperti hilangnya anggota tubuh sebahagian, amputasi, kematian orang yang sangat berarti / di cintai.
b. Kehilangan persepsi. Kehilangan jenis ini hanya dialami oleh seseorang dan sulit untuk dapat dibuktikan, misalnya; seseorang yang berhenti bekerja / PHK, menyebabkan perasaan kemandirian dan kebebasannya menjadi menurun.

4. Jenis-jenis Kehilangan

Terdapat 5 jenis kehilangan, yaitu:

a. Kehilangan seseorang seseorang yang dicintai, dan sangat bermakna atau orang yang berarti merupakana salah satu jenis kehilangan yang paling mengganggu dari tipe-tioe kehilangan. Kematian akan berdampak menimbulkan kehilangan bagi orang yang dicintai. Karena hilangnya keintiman, intensitas dan ketergantungan dari ikatan atau jalinan yang ada, kematian pasangan suami/istri atau anak biasanya membawa dampak emosional yang luar biasa dan tidak dapat ditutupi.

b. Kehilangan yang ada pada diri sendiri (loss of self) Bentuk lain dari kehilangan adalah kehilangan diri atau anggapan tentang mental seseorang. Kehilangan ini meliputi kehilangan perasaan terhadap keatraktifan, diri sendiri, kehilangan kemampuan fisik dan mental, sersta kehilngan akan peran dalam kehidupan, dan dampaknya. Kehilangan dari aspek diri mungkin sementara atau menetap, sebagian atau seluruhnya. Beberapa aspek lain yang dapat hilang dari seseorang misalnya kehilangan pendengaran, ingatan, usia muda, fungsi tubuh.

c. Kehilangan objek eksternal Kehilangan objek eksternal misalnya kehilangan benda milik sendiri atau bersama-sama, perhiasan, uang atau pekerjaan. Kedalaman berduka yang dirasakan seseorang terhadap benda yang hilang tergantung pada arti dan kegunaan benda tersebut.

d. Kehilangan lingkungan yang sangat dikenal Kehilangan diartikan dengan terpisahnya individu dari lingkungan yang sangat dikenal termasuk dari kehidupan latar belakang keluarga dalam waktu satu periode atau bergantian secara menetap. Misalnya pindah kekota lain, maka akan memiliki tetangga yang baru dan proses penyesuaian baru.

e. Kehilangan kehidupan/ meninggal Seseorang dapat mengalami mati baik secara perasaan, pikiran dan respon pada kegiatan dan orang disekitarnya, sampai pada kematian yang sesungguhnya. Sebagian orang berespon berbeda tentang kematian.

5. Rentang Respon Kehilangan

Denial ––> Anger ––> Bergaining ––> Depresi –– > Acceptance

a. Fase denial
- Merupakan reaksi pertama pada fase ini adalah syok, tidak mempercayai kenyataan
- Ungkapan verbal pada fase ini biasanya individu mengatakan itu tidak mungkin, — saya tidak percaya itu terjadi .
- Perubahan fisik; letih, lemah, pucat, mual, diare, gangguan pernafasan, detak jantung cepat, menangis, gelisah.

b. Fase anger / marah
- Individu mulaimenyadari akan kenyataan yang terjadi
- Tibul respon marah diproyeksikan pada orang lain

- Reaksi fisik yang timbul adalah; muka merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur, tangan mengepal, serta perilaku agresif.

c. Fase bergaining / tawar- menawar.
- Ungkapan secara verbal pada fase ini adalah; kenapa harus terjadi pada saya ? , kalau saja yang sakit bukan saya,seAndainya saya hati-hati .

d. Fase depresi
- Menunjukan sikap menarik diri, tidak mau bicara atau putus asa.
- Gejalapada fase ini individu menolak makan, mengeluh suslit tidur, letih, dorongan libido menurun. 5

e. Fase acceptance
- Pikiran pada objek yang hilang mulai berkurang.
- Ungkapan verbal pada fase ini adalah” apa yang dapat saya lakukan agar saya cepat sembuh, yah, akhirnya saya harus operasi”

6. Tanda dan Gejala

Gejala yang timbul pada pasien dengan kehilangan antara lain:

a. Adaptasi terhadap kehilangan yang tidak berhasil
b. Depresi, menyangkal yang berkepanjangan
c. Reaksi emosional yang lambat
d. Tidak mampu menerima pola kehidupan yang normal

Tanda yang mungkin dijumpai pada pasien kehilangan antara lain:

a. Isolasi sosial atau menarik diri
b. Gagal untuk mengembangkan hubungan/ minat-minat baru
c. Gagal untuk menyusun kembali kehidupan setelah kehilangan

B. KONSEP BERDUKA

1. Pengertian

Berduka merupakan respon emosi terhadap kehilangan yangdimanifestasikan dengan adanya perasaan sedih, gelisah, cemas, sesak nafas, susah tidur, dan lain-lain. Berduka merupakan respon normal yang terjadi pada semua kejadian kehilangan. NANDA membagi menjadi dua tipe berduka yaitu berduka diantisipasi dan berduka disfungsional. Berduka diantisipasi merupakan suatu status pengalaman individu dalam merespon kehilangan yang aktual ataupun yang dirasakan seseorang, hubungan/kedekatan, objek atau ketidakmampuan fungsional sebelum terjadinya kehilangan. Tipe ini masih dalam batas normal. Sedangkan berduka disfungsional adalah suatu status individu dalam merespon suatu kehilangan dimana respon kehilangan dibesar-besarkan padaa saat individu kehilangan secara aktual maupun potensial, hubungan, objek dan ketidakmampuan fungsional. Tipe ini kadang-kadang menjurus ke tipikal, abnormal, atau kesalahan/kekacauan.

2. Teori dan Proses Berduka

Belum ada cara yang paling tepat dan cepat untuk menjalani proses berduka. Konsep dan teori berduka hanyalah salah satu cara yang dapat digunakan untuk mengantisipasi kebutuhan emosional klien dan keluarganya dan juga rencana intervensi yang bertujuan untuk membantu individu dalam memahami kesedihan mereka dan mengatasinya. Peran perawat pada proses ini adalah mendapatkan gambaran tentang perilaku berduka, mengenali pengaruh berduka terhadap perilaku dan memberikan dukungan dalam bentuk empati.

Proses berduka menurut Engel (1964) mempunyai beberapa fase yang dapat

a. Fase I (shock dan tidak percaya)
   Individu yang berada pada fase ini seringkali menolak menerima kenyataan akan kehilangan yang dialami. Individu mungkin menarik diri dari lingkungan sekitar, duduk malas, atau pergi tanpa tujuan. Reaksi fisik yang timbul pada fase ini adalah pingsan, diaporesis, mual, diare, detak jantung cepat, tidak bisa istirahat, insomnia dan kelelahan.
b. Fase II (berkembangnya kesadaran)
   Individu mulai merasakan adanya kehilangan secara nyata/akut dan mungkin mengalami putus asa,marahan, perasaan bersalah, frustasi, depresi, dan kekosongan jiwa tiba-tiba terjadi.
c. Fase III (restitusi)
   Individu berusaha mencoba untuk sepakat/damai dengan perasaan yang hampa/kosong, pada fase ini individu kehilangan masih tetap tidak dapat menerima perhatian yang baru dari seseorang yang bertujuan untuk mengalihkan kehilangan seseorang.
d. Fase IV indiduvu mulai menekan seluruh perasaan yang negatif dan bermusuhan terhadap almarhum. Bisa merasa bersalah dan sangat menyesal tentang kurang perhatiannya di masa lalu terhadap almarhum.
e. Fase V Kehilangan yang tak dapat dihindari. Pada fase ini individu harus mulai menyadari arti kehilangan. Sehingga pada fase ini diharapkan seseorang sudah dapat menerima kondisinya. Kesadaran baru telah berkembang.

C. ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN KEHILANGAN DAN BERDUKA

1. Pengkajian

Hasil pengkajian didapatkan data yaitu:

a. Perasaan sedih, menangis.
b. Perasaan putus asa, kesepian
c. Mengingkari kehilangan
d. Kesulitan mengekspresikan perasaan
e. Konsentrasi menurun

f. Kemarahan yang berlebihan
g. Tidak berminat dalam berinteraksi dengan orang lain.
h. Merenungkan perasaan bersalah secara berlebihan.
i. Reaksi emosional yang lambat
j. Adanya perubahan dalam kebiasaan makan, pola tidur, tingkat aktivitas

2. Analisa Data dan Rumusan Masalah

Anda tentunya masih ingat bagaimana cara melakukan analisis data dan merusmuskan masalah!. Setelah data dikumpulkan Anda dapat langsung mengelompokkan data (subyektif dan obyektif) dan merumuskan masalah keperawatan.

Tabel 4.2
Analisis Data dan Masalah Keperawatan

No	Data	Masalah
1	Subjektif : - Pasien merasatidak bisa melupakan kehilangan suaminya akibat tsunami Objektif : - Pasien terus menangis / mengingat suaminya - Pasien marah-marah - TD : 130/90 mmHg, P: 20 x/menit, N: 90 x/menit	Kehilangan

3. Menegakkan Diagnosa Keperawatan

Dalam menegakkan diagnosa keperawatan Anda dapat melakukan langkah-langkah sebagai berikut:

a. Menyimpulkan **core problem** (masalah utama) merupakan prioritas masalah dari beberapa masalah yang dimiliki pasien.
b. Menghubungkan core problem sesuai dengan masalah lain dan sesuai dengan daftar masalah.
c. Menegakkan diagnosa keperawatan jiwa berdasarkan prioritas
d. Menyusun diagnosa berdasarkan prioritas diagnosa dengan ”**core problem** ” sebagai etiologinya.

Setelah Anda memahami contoh analisis data dan masalah di atas, selanjutnya Anda dapat membuat daftar masalah keperawatan jiwa sesuai dengan pengkajian. Langkah berikutnya adalah membuat pohon masalah. Untuk dapat membuat pohon masalah. Anda dapat mempelajari kembali bab proses keperawatan jiwa. Saya yakin, Anda sudah

memahaminya dan dapat membuat pohon masalah dimaksud. Mari kita segarkan ingatan kita kembali tentang cara membuat pohon masalah dengan memperhatikan kembali contoh di bawah ini.

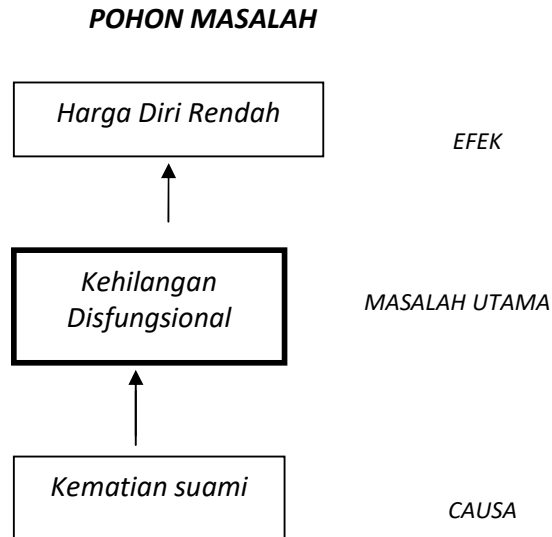
POHON MASALAH

Harga Diri Rendah — *EFEK*

↑

Kehilangan Disfungsional — *MASALAH UTAMA*

↑

Kematian suami — *CAUSA*

Gambar 4.2
Pohon Masalah Kehilangan

4. Tindakan Keperawatan

Langkah selanjutnya setelah Anda menegakkan diagnose keperawatan dan menentukan masalah utama pada kasus kehilangan adalah melakukan tindakan keperawatan. **Tindakan keperawatan pada pasien kehilagan bertujuan agar pasien mampu:**

a. Membina hubungan saling percaya dengan perawat
b. Mengenali peristiwa kehilangan yang dialami Pasien
c. Memahami hubungan antara kehilangan yang dialami dengan keadaan dirinya
d. Mengidentifikasi cara-cara mengatasi berduka yang dialaminya
e. Memanfaatkan faktor pendukung

Sedangkan tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien agar tujuan berhasil adalah:

a. Membina hubungan saling percaya dengan Pasien
b. Berdiskusi mengenai kondisi Pasien saat ini (kondisi pikiran, perasaan, fisik, sosial, dan spiritual sebelum/ sesudah mengalami peristiwa kehilangan dan hubungan antara kondisi saat ini dengan peristiwa kehilangan yang terjadi).
c. Berdiskusi cara mengatasi berduka yang dialami
    1) Cara verbal (mengungkapkan perasaan)

2) Cara fisik (memberi kesempatan aktivitas fisik)
3) Cara sosial (sharing melalui kelompok)
4) Cara spiritual (berdoa, berserah diri)

d. Memberi informasi tentang sumber-sumber komunitas yang tersedia untuk saling memberikan pengalaman dengan seksama.
e. Membantu Pasien memasukkan kegiatan dalam jadual harian.
f. Kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa di Puskesmas

Tindakan keperawatan untuk keluarga:

Tindakan keperawatan terhadap keluarga pada keluarga bertujuan agar keluarga mampu:

a. Mengenal masalah kehilangan dan berduka.
b. Memahami cara merawat Pasien berduka berkepanjangan.
c. Mempraktikkan cara merawat Pasien berduka disfungsional
d. Memanfaatkan sumber yang tersedia di masyarakat

Sedangkan tindakan keperawatan yang dilakukan agar tujuan keperawatan berhasil adalah:

a. Berdiskusi dengan keluarga tentang masalah kehilangan dan berduka dan dampaknya pada Pasien.
b. Berdiskusi dengan keluarga cara-cara mengatasi berduka yang dialami oleh Pasien
c. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat Pasien dengan berduka disfungsional
d. Berdiskusi dengan keluarga sumber-sumber bantuan yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga untuk mengatasi kehilangan yang dialami oleh Pasien

5. Evaluasi

Coba Anda fikirkan apa langkah selanjutnya setelah tindakan keperawatan? benar melakukan evaluasi. Keberhasilan tindakan keperawatan tampak dari kemampuan pasien untuk

a. Mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat
b. Mampu mengenali peristiwa kehilangan yang dialami Pasien
c. Memahami dan menerima hubungan antara kehilangan yang dialami dengan keadaan dirinya
d. Mengidentifikasi cara-cara mengatasi berduka yang dialaminya
e. Memanfaatkan faktor pendukung

6. Kriteria Pasien Pulang

Berikut ini adalah kriteria yang digunakan untuk menentukan pasien pulang, yaitu .

a. Pasien mampu untuk menyatakan secara verbal tahap-tahap proses berduka yang normal dan perilaku yang berhubungan debgab tiap-tiap tahap.

b. Pasien mampu mengidentifikasi posisinya sendiri dalam proses berduka dan mengekspresikan perasaan-perasaannya yang berhubungan denga konsep kehilangan secara jujur.
c. Pasien tidak terlalu lama mengekspresikan emosi-emosi dan perilaku-perilaku yang berlebihan yang berhubungan dengan disfungsi berduka dan mampu melaksanakan aktifitas-aktifitas hidup sehari-hari secara mandiri.

7. Dokumentasi

Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan yang meliputi dokumentasi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi tindakan keperawatan, dan evaluasi.

Latihan

1) Sebutkan TAnda dan Gejala Kehilangan
2) Jelaskan definisi kehilangan
3) Jelaskan definisi berduka
4) Jelaskan tahapan kehilangan menurut Kubler Ros
5) Kerjakanlah soal dibawah ini sesuai dengan petunjuk dibawah soal

   Ny Z 67 tahun mengatakan tidak dapat tidur, tidak napsu makan dan tidak memiliki semangat hidup. Pasien mengatakan dulu sejak suaminya masih hidup pasien aktif di kegiatan kemasyarakatan seperti pos yandu lansia maupun mengikuti kegiatan keagamaan di masjid. Pasien juga mengatakan saat ini yang difikirkan hanya mendiang suaminya pasien mengatakan setiap hari mengunjungi makam suaminya karena dengan mengunjungi makan perasaannya menjadi tenang karena dapat mencurahkan semua yang dirasakan sejak ditinggal suami.Bila teringat suami pasien hanya bisa menangis Penampilan bersih dan rapih ekspresi wajah pasien tampak sedih, kelopak mata menghitam dan pada saat bercerita suaminya pasien menangis dengan suara lirih.

   Berdasarkan kasus diatas tugas Anda adalah
   a. Buatlah pengkajian pada kasus diatas
   b. Lakukanlah analisis data dan masalah keperawatan!
   c. Buatlah pohon masalah!
   d. Tetapkanlah tindakan keperawatan
   e. Lakukanlah evaluasi keperawatan

   Mintalah teman Anda untuk mengoreksi jawaban yang Anda berikan dan perbanyaklah diskusi dengan teman Anda, Anda juga bisa meminta bantuan tutor bila Anda mengalami kesulitan dalam mengerjakan soal diatas.

Petunjuk Jawaban Latihan

1. Untuk menjawab pertanyaan no 1 pada latihan 1 pelajarilah kembalitAnda dan gejala kehilangan
2. Untuk menjawab pertanyaan no 2 pada latihan 1 pelajarilah kembalidefinisi kehilangan
3. Untuk menjawab pertanyaan no 3 pada latihan 1 pelajarilah kembalidefinisi berduka
4. Untuk menjawab pertanyaan no 4 pada latihan 1 pelajarilah kembalitahapan kehilangan menurut Kubler Ross
5. Untuk menjawab pertanyaan no 5.a pada latihan 1 pelajarilah kembali cara melakukan pengkajian.
6. Untuk menjawab pertanyaan no 5.b pada latihan 1 pelajarilah kembali cara melakukan analisis data dan masalah keperawatan.
7. Untuk menjawab pertanyaan no 5.c pada latihan 1 pelajarilah kembali cara membuat pohon masalah.
8. Untuk menjawab pertanyaan no 5.d pada latihan satu pelajarilah kembali cara membuat tindakan keperawatan.
9. Untuk menjawab pertanyaan no 5.e pada latihan satu pelajarilah kembali cara melakukan evaluasi keperawatan.

Ringkasan

1. Kehilangan merupakan pengalaman yang pernah dialami oleh setiap individu selama rentang kehidupan sejak dalam individu sudah mengalami dan cenderung mengalami kembali walaupun dalam bentuk berbeda.
2. Gejala yang timbul pada pasien dengan kehilangan antara lain: adaptasi terhadap kehilangan yang tidak berhasil, depresi, menyangkal yang berkepanjangan, reaksi emosional yang lambat, tidak mampu menerima pola kehidupan yang normal.TAnda yang mungkin terdapat pada pasien kehilangan antara lain: isolasi sosial atau menarik diri, gagal untuk mengembangkan hubungan/ minat-minat baru,gagal untuk menyusun kembali kehidupan setelah kehilangan
3. Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan kesehatan jiwa yang terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan dengan pendekatan menggunakan teknik komunikasi terapeutik.Dari kelompok data yang terkumpul, baik data subjektif maupun data objektif, maka masalah dirumuskan.Dalam kaitan ini perlu dibuat daftar masalah keperawatan kesehatan jiwa sesuai dengan pengkajian, pohon masalah, dan menegakkan diagnosa keperawatan dengan menyimpulkan core problem (masalah utama).Menegakkan diagnosa dilakukan berdasarkan perioritas.

4. Langkah selanjutnya adalah membuat rencana tindakan keperawatan serta melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan. Kemudian mengevaluasi keberhasilan klien dan keluarga. Terakhir menuliskan pendokumentasian pasien sesuai dengan format yang ada.

Tes2

1) Berikut adalah tAnda dan gejala kehilangan kecuali….
   A. Menyangkal yang berkepanjangan
   B. Tidak mampu menerima pola kehidupan yang normal
   C. Aktif dilingkungan social untuk melupakan kehilangan yang dialami
   D. Gagal untuk mengembangkan hubungan/ minat-minat baru
   E. Gagal untuk menyusun kembali kehidupan setelah kehilangan

2) Pasien mengatakan" sekarang saya sudah dapat menerima kehilangan suami saya suster, mungkin inilah jalan terbaik buat suami saya suster."semoga suami saya mendapatkan tempat yang terbaik di sisiNya. Ungkapan tersebut menAndakan bahwa pasien sudah mampu….
   A. Mengenali peristiwa kehilangan yang dialami Pasien
   B. Memahami hubungan antara kehilangan yang dialami dengan keadaan dirinya
   C. Mengidentifikasi cara-cara mengatasi berduka yang dialaminya
   D. Memanfaatkan faktor pendukung
   E. Membina hubungan saling percaya

3) "Apakah dengan melakukan kegiatan keagamaan seperti berdoa, ibu dapat lebih tenang dalam menerima kehilangan ini". Benar suster "dengan mendekatkan diri kepada Tuhan saya menjadi lebih tenang setelah kehilangan keluarga saya" Upaya yang dilakukan petugas kesehatan untuk membantu pasien mengatasi kehilangan merupakan upaya dalam hal….
   A. Verbal (mengungkapkan perasaan)
   B. Fisik (memberi kesempatan aktivitas fisik)
   C. Sosial (berbagi dengan teman)
   D. Spiritual (berdoa, berserah diri)
   E. Non verbal

4) Pasien diajarkan untuk selalu bergaul dengan orang disekitarnya untuk membantu mengurangi kehilangan yang dialami. Adalah cara dilakukan melalui….
   A. Verbal (mengungkapkan perasaan)
   B. Fisik (memberi kesempatan aktivitas fisik)

C. Sosial (berbagi dengan teman)
D. Spiritual (berdoa, berserah diri)
E. Non verbal

5) Keberhasilan tindakan keperawatan pada pasien kehilangan ditAndai dengan kemampuan pasien untuk ….
A. Mengungkapkan secara verbal tahap-tahap proses berduka yang normal dan perilaku yang berhubungan dengan tiap-tiap tahap berduka dan kehilangan
B. Mengekspresikan perasaan-perasaannya yang berhubungan denga konsep kehilangan secara berlebihan.
C. Menunjukkan perilaku-perilaku yang berlebihan yang berhubungan dengan disfungsi berduka
D. Ketidakmampuan untuk melaksanakan aktifitas-aktifitas hidup sehari-hari secara mandiri.
E. Bergantung pada orang lain disekitar

Kunci Jawaban Tes

Tes 1	*Tes 2*
1) B	1) C
2) E	2) A
3) E	3) D
4) E	4) C
5) E	5) A

Daftar Pustaka

Herdman, T.H. (2012). *NANDA International Nursing Diagnoses Definition and Classification*, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell

Keliat, B.A., dkk. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN - Basic Course)*. Jakarta: EGC

Stuart,G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th edition. Missouri: Mosby

BAB V
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN JIWA : HARGA DIRI RENDAH DAN ISOLASI SOSIAL

Ns. Nurhalimah, S.Kep, M.Kep. Sp.Kep.J

PENDAHULUAN

Salam sejahtera, selamat berjumpa kembali dengan modul keperawatan jiwa. Penulis yakin Anda akan dapat dengan mudah mempelajari modul ini. Karena materi dalam modul ini dibuat sangat terperinci dan sistematis. Menggunakan Bahasa Indonesia yang mudah dimengerti serta dilengkapi dengan berbagai contoh yang ada dilingkungan sekitar Anda sehingga Anda dapat belajar secara nyata. Modul ini berisikan dua kegiatan belajar yaitu
Topik 1 : Asuhan keperawaatan pada pasiendengan harga diri rendah
Topik 2 : Asuhan keperawatan pada pasiendengan isolasi sosial.

Seringkali Anda mendengar pasiendi rumah sakit jiwa yang selalu mengatakan ”suster seluruh keluarga saya sukses, hanya saya yang tidak sukses karena saya adalah orang paling bodoh dirumah” atau pasienmengatakan “tidak ada satupun hal dalam diri saya yang dapat dibanggakan”. Bila Anda perhatikan, pada saat mengungkapkan kata-kata tersebut pasienselalu menunduk, tidak mau menatap lawan bicara, kontak mata minimal. Nada suara terdengar lirih, pelan dan nyaris tidak terdegar. Hasil pengkajian menunjukkan pasiensering kali tidak mau berinteraksi dengan lingkungan sekitar, lebih banyak menyendiri dan tidak mau bergaul dengan orang lain. Tidak mau mengikuti kegiatan dilingkungan dan bahkan hanya duduk merenung sepanjang hari di sudut ruangan. Kondisi diatas sangat mempengaruhi produktivitas karena pasienterlalu sibuk dengan dirinya sendiri dan tidak mau melakukan kegiatan apapun sehingga pasienmenjadi beban bagi keluarga dan lingkungan.

Tujuan pembelajaran umum pada Topik 1 adalah Anda mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasienharga diri rendah. Sedangkan tujuan khususnya adalah

Anda mampu:

a. Menjelaskan konsep harga diri rendah.
b. Menguraikan langkah-langkah proses keperawatan harga diri rendah:
    1) Melakukan pengkajian harga diri rendah.
    2) Menetapkan diagnosis keperawatan harga diri rendah.
    3) Melakukan tindakan keperawatan kepada pasienharga diri rendah.
    4) Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasienharga diri rendah.
    5) Mengevaluasi kemampuan pasiendan keluarga dalam merawat pasienharga diri rendah.

6) Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasienharga diri rendah.

Untuk membantu Anda memahami Topik 2, penulis akan memberikan ilustrasi sebagai berikut: sebagai mahluk sosial, setiap manusia memiliki kebutuhan akan dihargai, dicintai, dimengerti, dan diterima oleh lingkungannya. Kebutuhan ini akan terpenuhi jika manusia melakukan interaksi dengan orang lain dan lingkungan sekitar. Pasien isolasi sosial mengalami hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain, sehingga pasien memerlukan bantuan dari tenaga kesehatan khususnya perawat agar mampu melakukan interaksi dengan orang lain dan lingkungan yang pada akhirnya kebutuhan sebagai mahluk sosial terpenuhi.

Topik 2 ini, akan membahas asuhan keperawatan pada pasienisolasi sosial. Tujuan pembelajaran ini adalah agar Anda mampu memberikan asuhan keperawatan agarpasienmampu melakukan interaksi sosial orang lain dan lingkungan sekitar selain itu keluarga mempunyai kemampuan merawat pasien isolasi sosial di rumah. Sedangkan tujuan khusus dari Topik 2 adalah :Anda mampu:

a. Menjelaskan konsep isolasi social
b. Menguraikan langkah-langkah proses keperawatan isolasi sosial
    1) Melakukan pengkajian isolasi sosial
    2) Menyusun diagnosis keperawatan isolasi sosial
    3) Melakukan tindakan keperawatan kepada pasienisolasi sosial
    4) Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasienisolasi sosial
    5) Mengevaluasi kemampuan pasiendan keluarga dalam merawat pasienisolasi sosial
    6) Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasienisolasi sosial

Untuk menilai kemampuan Anda jawablah soal yang ada pada akhir modul ini dengan sebaik-baiknya. Jangan melihat Kunci Jawaban terlebih dahulu sebelum selesai menjawab pertanyaan dan tugas.Anda dinyatakan lulus bila telah mampumenjawab 80 % (setara dengan nilai 80) dari seluruh soal.

Waktu yang dibutuhkan untuk mampu memahami modul ini kurang lebih 2 x 120 menit. Gunakan waktu dengan sebaik-baiknya. Sukses untuk Anda dan selamat belajar.

Topik 1
Asuhan Keperawatan Pada Pesien Dengan Harga Diri Rendah

Tentu Anda sering mendengarkan keluhan pasien yang mengatakan saya:“orang bodoh suster, tidak ada sesuatupun dalam diri saya yang bisa saya banggakan suster, saya orang paling menderita didunia ini suster”. Bagi Anda yang bekerja di rumah sakit jiwa tentu Anda telah mengetahui diagnosis pasien Anda. Tetapi bagaimana dengan Anda yang tidak bekerja dirumah sakit jiwa? Tentu Anda bingung apa diagnosis pasien saya?Tindakan keperawatan apa yang harus saya lakukan? Untuk membantu Anda memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah pelajarilah Topik 1 ini dengan baik.

A. KONSEP HARGA DIRI RENDAH

1. Pengertian

Tahukah Anda apakah definisi harga diri rendah? Benar sekali!! Untuk menambah pengetahuan Anda marilah kita mempelajari mengenai pengertian harga diri rendah. Banyak ahli mendefinisikan mengenai harga diri rendah. Menurut NAnda (2005),harga diri rendah adalah berkembangnya persepsi diri yang negatif dalam berespon terhadap situasi yang sedang terjadi. Sedangkam menurut CMHN (2006), harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Harga diri rendah adalah suatu kondisi dimana individu menilai dirinya atau kemampuan dirinya negatif atau suatu perasaan menganggap dirinya sebagai seseorang yang tidak berharga dan tidak dapat bertanggung jawab atas kehidupannya sendiri.

Herdman (2012), mengatakan bahwa, harga diri rendah kronik merupakan evaluasi diri negatif yang berkepanjangan/ perasaan tentang diri atau kemampuan diri Harga diri rendah yang berkepanjangan termasuk kondisi tidak sehat mental karena dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan lain, terutama kesehatan jiwa.

Berdasarkan pengertian diatas, dapat kita simpulkan bahwa: harga diri rendah dikarenakan penilaian internal maupun penilaian eksternal yang negatif. Penilaian internal merupakan penilaian dari individu itu sendiri, sedangkan penilaian eksternal merupakan penilaian dari luar diri individu (seperti orang tua, teman saudara dan lingkungan) yang sangat mempengaruhi penilaian individu terhadap dirinya.

2. Proses Terjadinya Masalah

Proses terjadinya harga diri rendah dijelaskan oleh Stuarat dan Laraia (2008) dalam konsep stress adapatasi yang teridiri dari faktor predisposisi dan presipitasi.

a. **Faktor Predisposisi** yang menyebabkan timbulnya harga diri rendah meliputi:

   1) Biologis

Faktor heriditer (keturunan) seperti adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa Selain itu adanya riwayat penyakit kronis atau trauma kepala merupakan merupakan salah satu faktor penyebab gangguan jiwa,

2) Psikologis

Masalah psikologis yang dapat menyebabkan timbulnya harga diri rendah adalah pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, penolakan dari lingkungan dan orang terdekat serta harapan yang tidak realistis. Kegagalan berulang, kurang mempunyai tanggungjawab personal dan memiliki ketergantungan yang tinggi pada orang lain merupakan faktor lain yang menyebabkan gangguan jiwa. Selain itu pasiendengan harga diri rendah memiliki penilaian yang negatif terhadap gambaran dirinya, mengalami krisis identitas, peran yang terganggu, ideal diri yang tidak realistis.

3) Faktor Sosial Budaya

Pengaruh sosial budaya yang dapat menimbulkan harga diri rendah adalah adanya penilaian negatif dari lingkungan terhadap klien, sosial ekonomi rendah, pendidikan yang rendah serta adanya riwayat penolakan lingkungan pada tahap tumbuh kembang anak.

b. **FaktorPresipitasi**

Faktor presipitasi yang menimbulkan harga diri rendah antara lain:

1) Riwayat trauma seperti adanya penganiayaan seksual dan pengalaman psikologis yang tidak menyenangkan, menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan, menjadi pelaku, korban maupun saksi dari perilaku kekerasan.
2) Ketegangan peran: Ketegangan peran dapat disebabkan karena
   a) Transisi peran perkembangan: perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan seperti transisi dari masa kanak-kanak ke remaja.
   b) Transisi peran situasi: terjadi dengan bertambah atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian.
   c) Transisi peran sehat-sakit: merupakan akibat pergeseran dari kondisi sehat kesakit. Transisi ini dapat dicetuskan antara lain karena kehilangansebahagian anggota tuhuh, perubahan ukuran, bentuk, penampilan atau fungsi tubuh.Atau perubahan fisik yang berhubungan dengan tumbuh kembang normal, prosedur medis dan keperawatan.

B. PROSES KEPERAWATAN HARGA DIRI RENDAH

1. Pengkajian Harga Diri Rendah

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasiendan keluarga(pelaku rawat).Tanda dan gejala harga diri rendah dapat ditemukan melalui wawancara dengan pertanyaan sebagai berikut:

a. Bagaimana penilaian Anda tentang diri sendiri?

b. Coba ceritakan apakah penilaian Anda terhadap diri sendiri mempengaruhi hubungan Anda dengan orang lain?
c. Apa yang menjadi harapan Anda?
d. Apa saja harapan yang telah Anda capai?
e. Apa saja harapan yang belum berhasil Anda capai?
f. Apa upaya yang Anda lakukan untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi?

2. Tanda dan Gejala

Ungkapan negatif tentang diri sendiri merupakan salah satu tanda dan gejala harga diri rendah. Selain itu tanda dan gejala harga diri rendah didapatkan dari data subyektif dan obyektif, seperti tertera dibawah ini

Data Subjektif: Pasienmengungkapkan tentang:

a. Hal negatif diri sendiri atau orang lain
b. Perasaan tidak mampu
c. Pandangan hidup yang pesimis
d. Penolakan terhadap kemampuan diri
e. Mengevaluasi diri tidak mampu mengatasi situasi

Data Objektif:

a. Penurunan produktivitas
b. Tidak berani menatap lawan bicara
c. Lebih banyak menundukkan kepala saat berinteraksi
d. Bicara lambat dengan nada suara lemah
e. Bimbang, perilaku yang non asertif
f. Mengekspresikan tidak berdaya dan tidak berguna

Menurut CMHN (2006), tanda dan gejala harga diri yang rendah adalah:

a. Mengkritik diri sendiri
b. Perasaan tidak mampu
c. Pandangan hidup yang pesimis
d. Penurunan produktifitas
e. Penolakan terhadap kemampuan diri
f. Kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapih, selera makan kurang, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk, bicara lambat dengan nada suara lemah.

Townsend (1998), menambahkan karakteristik pasiendengan harga diri rendah adalah:

a. Ekspresi rasa malu atau bersalah
b. Ragu-ragu untuk mencoba hal-hal baru atau situasi-situasi baru
c. Hipersensitifitas terhadap kritik

3. Rentang Respon Konsep Diri

RENTANG RESPONS KONSEP-DIRI

Respons adaptif — **Respons maladaptif**

Aktualisasi diri | *Konsep diri positif* | *Harga-diri rendah* | *Kerancuam identitas* | *Depersonalisasi*

Gambar 5.1
Rentang Respon Konsep Diri

4. Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah

Diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala harga diri rendah yang ditemukan. Pada pasienganggguan jiwa, diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah:

5. Pohon masalah

Berdasarkan hasil pengkajian dapat dibuat pohon masalah sebagai berikut:

Gambar 5.2
Pohon Masalah Pada Harga Diri Rendah

Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan gambar 5.2 diatas, dapat dijelaskan sebagai berikut: gangguan Konsep Diri: Harga diri rendahmerupakan core problem (masalah utama). Apabila harga diri rendah pasien tidak diintervensi akan mengakibatkan isolasi sosial. Penyebab harga diri rendah pasien dikarenakan pasien memiliki mekanisme koping yang inefektif dan dapat pula dikarenakan mekanisme koping keluarga yang inefektif.

6. Tindakan Keperawatan Harga Diri Rendah

Tindakan keperawatan harga diri rendah dilakukan terhadap pasiendan keluarga/ pelaku yang merawat klien. Saat melakukan pelayanan di poli kesehatan jiwa, Puskesmas atau kunjungan rumah, perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui klien. Bersama keluarga, perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasiendan keluarga.

Setelah itu, perawat menemui pasienuntuk melakukan pengkajian dan melatih cara untuk mengatasi harga diri rendah yang dialami klien. Setelah perawat selesai melatih pasienmaka perawat kembali menemui dan melatih keluarga untuk merawat klien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasiendan tugas yang perlu keluarga lakukan yaitu untuk membimbing pasienmelatih kegiatan yang telah diajarkan oleh perawat untuk mengatasi harga diri rendah.

Tindakan keperawatan untuk pasiendan keluarga dilakukan pada setiap pertemuan, minimal empat kali pertemuan dan dilanjutkan sampai pasiendan keluarga mampu mengatasi harga diri rendah.

a. Tindakan Keperawatan untuk PasienHarga Diri Rendah

Tujuan: Pasienmampu:

1) Membina hubungan saling percaya
2) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
3) Menilai kemampuan yang dapat digunakan
4) Menetapkan/ memilih kegiatan yang sesuai kemampuan
5) Melatih kegiatan yang telah dipilih sesuai kemampuan
6) Merencanakan kegiatan yang telah dilatihnya

Tindakan Keperawatan:

1) Membina hubungan saling percaya, dengan cara:
   - Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan klien.
   - Perkenalkan diri dengan klien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang Perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasienyang disukai.
   - Tanyakan perasaan dan keluhan pasiensaat ini.
   - Buat kontrak asuhan: apa yang Perawat akan lakukan bersama klien, berapa lama akan dikerjakan, dan tempatnya dimana.
   - Jelaskan bahwa Perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi.
   - Tunjukkan sikap empati terhadap klien.

- Penuhi kebutuhan dasar pasienbila memungkinkan.

2) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien.
   Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah :
   - Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien(buat daftar kegiatan)
   - Beri pujian yang realistik dan hindarkan memberikan penilaian yang negatif setiap kali bertemu dengan klien.
3) Membantu pasiendapat menilai kemampuan yang dapat digunakan.
   Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah :
   - Bantu pasienmenilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan): buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini.
   - Bantu pasienmenyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien.
4) Membantu pasiendapat memilih/menetapkan kegiatan berdasarkan daftar kegiatan yang dapat dilakukan.
   Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah :
   - Diskusikan kegiatan yang akan dipilih untuk dilatih saat pertemuan.
   - Bantu pasienmemberikan alasan terhadap pilihan yang ia tetapkan.
   - Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya).
   - Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali per hari.
   - Berikan dukungan dan pujian yang nyata setiap kemajuan yang diperlihatkan klien.
5) Membantu pasiendapat merencanakan kegiatan sesuai kemampuannya dan menyusun rencana kegiatan.
   Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah :
   - Berikesempatan pada pasienuntuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan.
   - Beri pujian atas aktivitas/kegiatan yang dapat dilakukan pasiensetiap hari.
   - Tingkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap aktivitas.
   - Susun daftar aktivitas yang sudah dilatihkan bersama pasiendan keluarga.
   - Beri kesempatan pasienuntuk mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan.
   - Yakinkan bahwa keluarga mendukung setiap aktivitas yang dilakukan klien.

b. Tindakan Keperawatan untuk Keluarga dengan PasienHarga Diri Rendah

Keluarga diharapkan dapat merawat pasienharga diri rendah di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi klien.

1) **Tujuan:** Keluarga mampu:
   a) Mengenal masalah harga diri rendah
   b) Mengambil keputusan untuk merawat harga diri rendah
   c) Merawat harga diri rendah
   d) Memodifikasi lingkungan yang mendukung meningkatkan harga diri klien
   e) Menilai perkembangan perubahan kemampuan klien

f) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

2) Tindakan Keperawatan:
   a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien
   b) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya harga diri rendah dan mengambil keputusan merawat klien
   c) Melatih keluarga cara merawat harga diri rendah
   d) Membimbing keluarga merawat harga diri rendah
   e) Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung meningkatkan harga diri klien
   f) Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas pelayanan kesehatan
   g) Menganjurkan *follow up* ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

7. Evaluasi Kemampuan Pasiendan Keluarga dalam Merawat PasienHarga Diri Rendah

a. Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan apabila pasiendapat:
   1) Mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
   2) Menilai dan memilih kemampuan yang dapat dikerjakan
   3) Melatih kemampuan yang dapat dikerjakan
   4) Membuat jadwal kegiatan harian
   5) Melakukan kegiatan sesuai jadwal kegiatan harian
   6) Merasakan manfaat melakukan kegiatan positif dalam mengatasi harga diri rendah

b. Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan apabila keluarga dapat:
   1) Mengenal harga diri rendah yang dialami pasien(pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya harga diri rendah)
   2) Mengambil keputusan merawat harga diri rendah
   3) Merawat harga diri rendah
   4) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasienuntuk meningkatkan harga dirinya
   5) Memantau peningkatan kemampuan pasiendalam mengatasi harga diri rendah
   6) Melakukan *follow up* ke Puskesmas, mengenal tanda kambuh, dan melakukan rujukan.

8. Dokumentasi Hasil Asuhan Keperawatan

Pendokumentasian asuhan keperawatan dilakukan setiap selesai melakukan tindakan keperawatan dengan pasiendan keluarga. Berikut ini contoh pendokumentasian asuhan keperawatan harga diri rendah pada pertemuan pertama.

Tabel 5.1
Dokumentasi Keperawatan

IMPLEMENTASI	EVALUASI
Tanggal …..,, bulan …,tahun…. Jam….. **Data Subyektif Klien**: Pasienmengatakan merasa tidak berguna, merasa hidup ini tidak berarti, merasa tidak memiliki kemampuan. Saat berinteraksi pasiensering menundukkan kepala, kontak mata kurang. **Data Keluarga**: Keluarga mengatakan bingung, tidak tahu cara merawat anaknya **Diagnosis Keperawatan**: Harga diri rendah **Tindakan Keperawatan**: **Klien:** . Mendiskusikan kemampuan yang dimiliki klien . Membantu pasienmenilai dan memilih kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini . Melatih kegiatan pertama: merapikan tempat tidur . Membantu pasienmemasukkan latihan merapikan tempat tidur ke dalam jadwal kegiatan harian. **Keluarga**: . Mendiskusikan masalah dalam merawat . Melatih keluarga cara merawat **Rencana Tindak Lanjut**: Tgl…bulan… tahun….pukul…. **Klien:** Latih kegiatan kedua: menyapu **Keluarga:** Latihkeluargamerawatkliendengancaramendampingiklienberlatihmenyapu.	**S**: **Pasien** Pasienmengatakan: 1. mempunyai kemampuan bermain memasak, berenang, merapikan tempat tidur, menyapu, dan menyulam. 2. akan melatih merapikan tempat tidur, menyapu,. 3. merasa senang setelah latihan merapikan tempat tidur **S: Keluarga** Keluarga mengatakan merasa senang berlatih cara merawat anaknya dan akan memotivasi anaknya merapikan tempat tidur sesuai jadwal. **O**:**Klien** Mampu merapikan tempat tidur **O**:**Keluarga** Mampu mempraktekkan cara memberi pujian pada anaknya **A**: harga diri rendah teratasi **P**: **P Klien**: merapikan tempat tidur sesuai jadwal (bangun tidur pagi dan pkl. 04.00 sore). **P Keluarga**: mengingatkan pasienuntuk merapikan tempat tidur sesuai jadwal (jika pasienlupa) dan memberikan pujian setelah pasienmelakukannya. **Perawat**

Latihan

1) Jelaskan proses terjadinya harga diri rendah
2) Jelaskan tanda dan gejala pasien dengan harga diri rendah

3) Jelaskan data obyektif dan subyektif pada pasien dengan harga diri rendah
4) Jelaskan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah
5) Jelaskan evaluasi keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah

Petunjuk Jawaban Latihan

1) Untuk menjawab pertanyaan no 1 pelajarilah kembali proses terjadinya harga diri rendah
2) Untuk menjawab pertanyaan no 2 pelajarilah kembali tanda dan gejala pasien dengan harga diri rendah
3) Untuk mejawab pertanyaan no 3 pelajarilah kembali data obyektif dan subyektif pada pasien dengan harga diri rendah
4) Untuk menjawab pertanyaan no 4 pelajarilh kembali rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah
5) Untuk menjawab pertanyaan no 5 pelajarilah kembali evaluasi keperawatan pada pasein dengan harga diri rendah

Ringkasan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan. Setelah data terkumpul kemudian data di kelompokkan baik data subjektif maupun data objektif, langkah selanjutnya adalah menentukan masalah keperawatan. Buatlah Daftar masalah keperawatan jiwa sesuai dengan hasil pengkajian, lalu buatlah pohon masalah, dan tegakkanlah diagnosa keperawatan dengan menyimpulkan core problem (masalah utama)

Berikut ini adalah langkah-langkah dalam melakukan asuhan keperawatan yaitu:

1. Melakukan pengkajian
2. Menentukan data fokus dan menentapkan masalah keperawatan
3. Membuat rencana tindakan keperawatan
4. Menyusun rencana kerja laporan pendahuluan dan menyusun rencana kerja strategi pelaksanaan.
5. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan dan melaksanakan terapi modalitas serta melaksanakan pemberian obat sesuai dengan instruksi dokter
6. Mengevaluasi keberhasilan pasiendan keluarga.
7. Menuliskan pendokumentasian pasiensesuai dengan format yang ada.

Tes 1

1) Tanda dan gejala harga diri rendah yang dapat ditemukan melalui observasiantara lain….
   A. Peningkatan produktivitas
   B. Pasien menatap lawan bicara saat berinteraksi (berbincang dengan perawat)
   C. Bicara lambat dengan nada suara lemah
   D. Pasien mau membicarakan masalah yang sedang dihadapi.

2) Berikut adalah data subyektif yang Anda temukan pada pasiendengan harga diri rendah….
   A. Pasienmengatakan saya bodoh suster, saya tidak bisa apa-apa suster
   B. Semua pekerjaan dapat saya kerjakan suster
   C. Saya seorang presiden lo suster
   D. Walaupun saya sakit jiwa suster tapi saya ini seorang pewaris kerajaan Inggris

3) Tujuan asuhan keperawatan pada pasiendengan harga diri rendah adalah….
   A. Pasienmampu mengenal aspek positif dirinya
   B. Pasienmampu berhubungan dengan orang lain secara bertahap
   C. Pasienmampu mengontrol halusinasi
   D. Pasienmampu mengontrol rasa marah

4) Bila tidak dilakukan tindakan keperawatan pada pasienharga diri rendah dengan benar dan berkelanjutan, maka akan berakibat munculnya diagnosa….
   A. Isolasi Sosial:menarik diri
   B. Waham
   C. Perilaku kekerasan
   D. Mencederai diri dan orang lain
   E. Halusinasi

5) Harga diri rendah umumnya disebabkan karena:
   A. Harga diri rendah
   B. Kegagalan
   C. Perilaku kekerasan
   D. Defisit perawatan diri
   E. Halusinasi

Topik 2
Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial

Pada saat Anda berdinas dirumah sakit jiwa atau pada saat kunjungan rumah untuk melakukan supervisi cara keluarga merawat pasien di rumah, seringkali Andamelihat pasien berjam-jam menyendiri disudut ruangan/rumah tidak melakukan kegiatan apapun. Pada saat berinteraksi kontak mata pasien minimal, pasien lebih banyak menunduk, suara lirih, dan tidak mampu memulai pembicaraan. Melihat kondisi pasien tersebut tentu Anda berfikir intervensi apa yang harus saya lakukan agar pasien mampu berinteraksi dengan lingkungan? Mampu memulai pembicaraandan terlibat aktif dalam kegiatan serta aktifitas di rumah sakit atau dirumah. Agar Anda mampu memberikan asuhan keperawatan maka pelajarilah Topik 2 ini dengan sebaik-baiknya.

A. KONSEP DASAR ISOLASI SOSIAL

1. Pengertian

Isolasi sosial adalah keadaan di mana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasienmungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.

2. Proses Terjadinya Isolasi Sosial

Proses terjadinya Isolasi sosial pada pasienakan dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi.

a. Faktor predisposisi

Hal-hal yang dapat mempengaruhi terjadinya isolasi sosial, meliputi:

1) Faktor Biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis meliputi adanya faktor herediter dimana ada riwayata anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Adanya risiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA. Selain itu ditemukan adanya kondisi patologis otak, yang dapat diketahui dari hasil pemeriksaan struktur otak melalui pemeriksaan *CT Scan* dan hasil pemeriksaan *MRI* untuk melihat gangguan struktur dan fungsi otak (Thomb, 2000).

2) Faktor Psikologis

Pasiendengan masalah isolasi sosial, seringkali mengalami kegagalan yang berulang dalam mencapai keinginan/harapan, hal ini mengakibatkan terganggunya konsep diri, yang pada akhirnya akan berdampak dalam membina hubungan dengan orang lain.Koping individual yang digunakan pada pasiendengan isolasi sosial dalam mengatasi masalahnya, biasanya maladaptif. Koping yang biasa digunakan meliputi: represi, supresi, sublimasi dan proyeksi. Perilaku isolasi sosial timbul akibat adanya

perasaan bersalah atau menyalahkan lingkungan, sehingga pasienmerasa tidak pantas berada diantara orang lain dilingkungannya.

Kurangnya kemampuan komunikasi, merupakan data pengkajian keterampilan verbal pada pasien dengan masalah solasi sosial, hal ini disebabkan karena pola asuh yang keluarga yang kurang memberikan kesempatan pada pasien untuk menyampaikan perasaan maupun pendapatnya.Kepribadian *introvert*merupakan tipe kepribadian yang sering dimiliki pasien dengan masalah isolasi sosial. Ciri-ciri pasiendengan kepribadian ini adalah menutup diri dari orang sekitarnya. Selain itu pembelajaran moral yang tidak adekuat dari keluarga merupakan faktor lain yang dapat menyebabkan pasien tidak mampu menyesuaikan perilakunya di masyarakat, akibatnya pasienmerasa tersisih ataupun disisihkan dari lingkungannya.

Faktor psikologis lain yang dapat menyebabkan isolasi sosial adalah kegagalan dalam melaksanakan tugas perkembangan. Kegagalan dalam melaksanakan tugas perkembangan akan mengakibatkan individu tidak percaya diri, tidak percaya pada orang lain, ragu, takut salah, pesimis, putus asa terhadap hubungan dengan orang lain, menghindar dari orang lain, tidak mampu merumuskan keinginan, dan merasa tertekan. Kondisi diatas, dapat menyebabkan perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, menghindar dari orang lain, lebih menyukai berdiam diri sendiri, kegiatan sehari-hari terabaikan (Stuart & Laraia, 2005).

3) Faktor Sosial Budaya

Faktor predisposisi sosial budaya pada pasiendengan isolasi sosial, sesringkali diakibatkan karena pasienberasal dari golongan sosial ekonomi rendah hal ini mengakibatkan ketidakmampuan pasiendalam memenuhi kebutuhan. Kondisi tersebut memicu timbulnya stres yang terus menerus, sehingga fokus pasienhanya pada pemenuhan kebutuhannya dan mengabaikan hubungan sosialisasi dengan lingkungan sekitarnya.

Stuart & Laraia (2005) dan Townsend (2005) mengatakan bahwa faktor usia merupakan salah satu penyebab isolasi sosial hal ini dikarenakan rendahnya kemampuan pasiendalam memecahkan masalah dan kurangnya kematangan pola berfikir. Pasiendengan masalah isolasi sosial umumnya memiliki riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, sehingga tidak mampu menyelesaikan masalah tugas perkembangannya yaitu berhubungan dengan orang lain. Pengalaman tersebut menimbulkan rasa kurang percaya diri dalam memulai hubungan, akibat rasa takut terhadap penolakan dari lingkungan.

Lebih lanjut Stuart & Laraia (2005) mengatakan bahwa, tingkat pendidikan merupakan salah satu tolok ukur kemampuan pasien berinteraksi secara efektif. Karena faktor pendidikan sangat mempengaruhi kemampuan dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Pasiendengan masalah isolasi sosial biasanya memiliki riwayat kurang mampu melakukan interaksi dan menyelesaikan masalah, hal ini dikarenakan rendahnya tingkat pendidikan pasien.

b. *Faktor Presipitasi*

Ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak.Faktor lainnya pengalaman abuse dalam keluarga. Penerapan aturan atau tuntutan dikeluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien dan konflik antar masyarakat.Selain itu Pada pasienyang mengalami isolasi sosial, dapat ditemukan adanya pengalaman negatif pasienyang tidak menyenangkan terhadap gambaran dirinya, ketidakjelasan atau berlebihnya peran yang dimiliki serta mengalami krisis identitas.Pengalaman kegagalan yang berulang dalam mencapai harapan atau cita-cita, serta kurangnya penghargaan baik dari diri sendiri maupun lingkungan. Faktor-faktor diatas, menyebabkan gangguan dalam berinteraksi sosial dengan orang lain, yang pada akhirnya menjadi masalah isolasi sosial.

3. Tandadan Gejala

Tanda dan gejala isolasi sosial dapat dinilai dari ungkapan pasienyang menunjukkan penilaian negatif tentang hubungan sosial dan didukung dengan data hasil observasi.

a. Data subjektif:

Pasienmengungkapkan tentang

1) Perasaan sepi
2) Perasaan tidak aman
3) Perasan bosan dan waktu terasa lambat
4) Ketidakmampun berkonsentrasi
5) Perasaan ditolak

b. Data Objektif:

1) Banyak diam
2) Tidak mau bicara
3) Menyendiri
4) Tidak mau berinteraksi
5) Tampak sedih
6) Ekspresi datar dan dangkal
7) Kontak mata kurang

B. ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ISOLASI SOSIAL

1. Pengkajian

Pengkajian pasienisolasi sosial dapat dilakukan melalui wawancara dan observasi kepada pasiendan keluarga.

Tanda dan gejala isolasi sosial dapat ditemukan dengan **wawancara,** melelui bentuk pertanyaan sebagai berikut:

a. Bagaimana perasaan Anda saat berinteraksi dengan orang lain?
b. Bagaimana perasaan Anda ketika berhubungan dengan orang lain? Apa yang Anda rasakan? Apakah Anda merasa nyaman ?

c. Bagaimana penilaian Anda terhadap orang-orang di sekeliling Anda (keluarga atau tetangga)?
d. Apakah Anda mempunyai anggota keluarga atau teman terdekat? Bila punya siapa anggota keluarga dan teman dekatnya itu?
e. Adakah anggota keluarga atau teman yang tidak dekat dengan Anda? Bila punya siapa anggota keluarga dan teman yang tidak dekatnya itu?
f. Apa yang membuat Anda tidak dekat dengan orang tersebut?

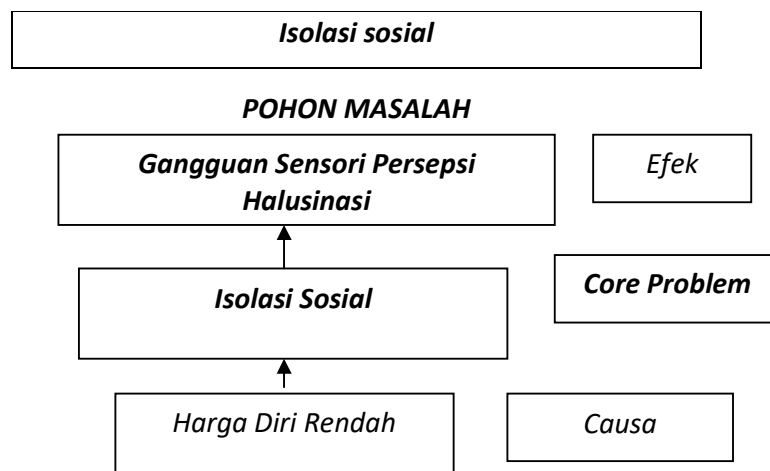
Tanda dan gejala isolasi sosial yang dapat ditemukan melalui observasi adalah sebagai berikut:

a. Pasienbanyak diam dan tidak mau bicara
b. Pasienmenyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang yang terdekat
c. Pasientampak sedih, ekspresi datar dan dangkal
d. Kontak mata kurang

Data hasil wawancara dan observasi didokumentasikan pada kartu berobat pasiendi puskesmas. Contoh pendokumentasian hasil pengkajian sebagai berikut:

Data : Pasientampak menyendiri, tidak ada kontak mata, ekspresi datar, mengatakan malas berbicara dengan orang lain.

2. Diagnosis Keperawatan Isolasi Sosial

Diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala Isolasi sosial yang ditemukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala isolasi sosial, maka diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah:

Gambar 5.3
Pohon Masalah pada Pasien dengan Isolasi Sosial

Berdasarkan Gambar 5.3 dapat dijelaskan sebagai berikut: Masalah utama (Core Problem)pada gambar diatas adalahisolasi sosial. Penyebab pasien mengalami isolasi sosial dikarenakan pasien memiliki harga diri rendah. Apabila pasien isolasi sosial tidak diberikan asuhan keperawatan akan mengakibatkan gangguan sensori persepsi halusinasi.

3. Tindakan Keperawatan Isolasi Sosial

Tindakan keperawatan pada isolasi social, dilakukan terhadap pasiendan keluarga. Saat melakukan pelayanan di poli kesehatan jiwa di Puskesmas atau kunjungan rumah, perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui klien.

Bersama keluarga, perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasiendan keluarga. Setelah itu, perawat menemui pasienuntuk melakukan pengkajian dan melatih cara untuk mengatasi isolasi sosial yang dialami klien.

Setelah perawat selesai melatih klien, maka perawat kembali menemui keluarga dan melatih keluarga untuk merawat klien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasiendan tugas yang perlu keluarga lakukan yaitu untuk membimbing pasienmelatih kemampuan mengatasi isolasi sosial yang telah diajarkan oleh perawat.

Tindakan Keperawatan Untuk PasienIsolasi Sosial

Tujuan : Pasienmampu:

a. Membina hubungan saling percaya
b. Menyadari isolasi sosial yang dialaminya
c. Berinteraksi secara bertahap dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya
d. Berkomunikasi saat melakukan kegiatan rumah tangga dankegiatan sosial

Tindakan Keperawatan:

a. Membina hubungan saling percayadengan cara:
   1) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan klien
   2) Berkenalan dengan klien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan yang disukai pasien
   3) Menanyakan perasaan dan keluhan pasiensaat ini
   4) Buat kontrak asuhan: apa yang Perawat akan lakukan bersama klien, berapa lama akan dikerjakan, dan tempatnya di mana
   5) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
   6) Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap klien
   7) Penuhi kebutuhan dasar pasienbila memungkinkan

b. Membantu pasien menyadari perilaku isolasi sosial
   1) Tanyakan pendapat pasiententang kebiasaan berinteraksi dengan orang lain
   2) Tanyakan apa yang menyebabkan pasientidak ingin berinteraksi dengan orang lain

3) Diskusikan keuntungan bila pasienmemiliki banyak teman dan bergaul akrab dengan mereka
4) Diskusikan kerugian bila pasienhanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain
5) Jelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik klien

c. Melatih pasien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap
1) Jelaskan kepada pasiencara berinteraksi dengan orang lain
2) Berikan contoh cara berbicara dengan orang lain
3) Beri kesempatan pasienmempraktekkan cara berinteraksi dengan orang lain yang dilakukan di hadapan Perawat
4) Bantu pasienberinteraksi dengan satu orang teman/anggota keluarga
5) Bila pasiensudahmenunjukkankemajuan, tingkatkanjumlahinteraksidengandua, tiga, empat orang dan seterusnya
6) Beripujianuntuksetiapkemajuaninteraksi yang telahdilakukanolehklien
7) Latihpasienbercakap-cakapdengananggotakeluargasaatmelakukankegiatanharian dan kegiatanrumahtangga
8) Latihpasienbercakap-cakapsaatmelakukankegiatansosialmisalnya : berbelanja, kekantor pos, kebank dan lain-lain
9) Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasiensetelah berinteraksi dengan orang lain. Mungkin pasienakan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus menerus agar pasientetap semangat meningkatkan interaksinya.

4. Evaluasi Kemampuan Pasiendan Keluarga

a. Evaluasi kemampuan pasienisolasi sosial berhasil apabila pasiendapat:
1) Menjelaskankebiasaan keluarga berinteraksi dengan klien.
2) Menjelaskanpenyebabpasientidak mau berinteraksi dengan orang lain.
3) Menyebutkan keuntungan bergaul dengan orang lain.
4) Menyebutkan kerugian tidak bergaul dengan orang lain.
5) Memperagakan cara berkenalan dengan orang lain,dengan perawat, keluarga, tetangga.
6) Berkomunikasi dengan keluarga saat melakukan kegiatan sehari-hari
7) Berkomunikasi saat melakukan kegiatan sosial
8) Menyampaikan perasaan setelah interaksi dengan orang tua.
9) Mempunyai jadwal bercakap-cakap dengan orang lain.
10) Merasakan manfaat latihan berinteraksi dalam mengatasi isolasi sosial

b. Evaluasi kemampuan keluarga dengan pasien isolasi sosial berhasil apabila keluarga dapat:
1) Mengenal Isolasi sosial (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya isolasi sosial) dan mengambil keputusan untuk merawat klien

2) Membantu pasienberinteraksi dengan orang lain
3) Mendampingi pasiensaat melakukan aktivitas rumah tangga dan kegiatan sosial sambil berkomunikasi
4) Melibatkan pasienmelakukan kegiatan harian di rumah dan kegiatan sosialisasi di lingkungan
5) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasienuntuk meningkatkan interaksi sosial
6) Memantau peningkatan kemampuan pasiendalam mengatasi Isolasi sosial
7) Melakukan *follow up* ke Puskesmas, mengenal tanda kambuh dan melakukan rujukan

5. Dokumentasi

Pendokumentasian dilakukan setiap selesai melakukan pertemuan dengan pasiendan keluarga. Berikut contoh pendokumentasian asuhan keperawatan isolasi sosial pada kunjungan kedua.Pendokumentasian dilakukan setiap selesai melakukan pertemuan dengan pasiendan keluarga. Berikut contoh pendokumentasian asuhan keperawatan isolasi sosial pada kunjungan kedua

Tabel 5.2
Dokumentasi Keperawatan

IMPLEMENTASI	***EVALUASI***
Tgl….bulan….tahun…jam… **Data pasiendan kemampuan :** Pasienmengatakan masih malu bercakap-cakap dengan orang lain. Sudah mencoba latihan bercakap-cakap dengan adiknya saat adiknya datang kerumahnya. Sudah kenalan dengan satu orang tetangga baru. **Data keluarga dan kemampuan** Keluarga mengatakan sudah lebih faham dengan masalah ibunya yang sulit bergaul dengan orang lain, sudah mendampingi orang tuanya bercakap-cakap dengan tamu dan tetangga. **DK**: Isolasi Sosial Intervensi: **Tindakan pada klien**: 1) Melatih pasien berbicara saat melakukan	**S: Klien** Pasien mengatakan senang dapat berbicara dengan anaknya saat masak dan mencuci piring Pasien mengatakan senang kenal dengan 2 orang kader kesehatan **S Keluarga** Keluarga mentakan senang mendampingi pasienmemasak, mencuci piring, dan berkenalan dengan kader **O:klien** Pasien mampu berkenalan dengan 2 orang kader dengan sikap tubuh dan verbal yang sesuai. Pasienmampu bertanya dan menjawab pertanyaan anaknya saat memasak dan mencuci piring **O : Keluarga** Keluarga mampu mendampingi pasiensaat melakukan kegiatan, tampak semangat,

IMPLEMENTASI	*EVALUASI*
kegiatan memasak dan cuci piring bersama . 2) Melatih pasien berkenalan dengan 2 orang kader kesehatan jiwa **Tindakan pada keluarga:** a. Menjelaskan kegiatan rumah yang dapat dilakukan pasien sambil bercakap-cakap, melatih keluarga membimbing pasien berbicara, memberikan pujian **RTL:** **Klien**: Melatih berbicara saat melakukan kegiatan harian lain (2 kegiatan) Melatih pasien berbicara dengan 4- 5 orang **Keluarga:** Menjelaskan cara melatih klien bercakap-cakap dan melakukan kegiatan sosial berbelanja, dan melatih keluarga mendampingi pasien berbelanja	memberikan stimulus pada pasien saat berinteraksi. **A:** Isolasi Sosial mulai teratasi **P:** **Klien** Latihan berkenalan dengan 2 orang tetangga yang belum dikenal Melakukan percakapan saat memasak dan cuci piring setiap hari **Keluarga:** Mendampingi pasienberkenalan dengan 2 tetangga lain Terus mendampingi pasien dalam melakukan kegiatan memasak, mencuci sambil berkomunikasi

Latihan

1) Jelaskan tanda dan gejala pasien isolasi sosialJelaskan faktor predisposisi dan presipitasi dari Isolasi sosial

Petunjuk Jawaban Latihan

1) Untuk menjawab pertanyaan no 1 pelajarilah kembali tanda dan gejala isolasi sosial
2) Untuk menjawab pertanyaan no 2pelajari kembali mengenaifaktor predisposisi dan presipitasi isolasi sosial

Ringkasan

1. Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan kesehatan jiwa yang terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan dengan pendekatan teknik komunikasi terapeutik.
2. Dari kelompok data yang terkumpul, baik data subjektif dan data objektif,maka masalah dapat dirumuskan. Dalam kaitan ini perlu dibuat daftar masalah keperawatan jiwa sesuai dengan pengkajian, pohon masalah , dan menegakkan diagnosa keperawatan dengan menyimpulkan ***core problem***

3. Menegakkan diagnosa berdasarkan perioritas.
   a. Membuat rencana tindakan keperawatan
   b. Menyusun rencana kerja laporan pendahuluan dan menyusun rencana
      1) kerja strategi pelaksanaan.
   c. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan dan
      1) melaksanakan terapi modalitas serta serta melaksanakan pemberian obat
      2) sesuai dengan instruksi dokter.
   d. Mengevaluasi keberhasilan pasiendan keluarga.
   e. Menuliskan pendokumentasian pasiensesuai dengan format yang ada.

Tes 2

1) Berikut ini data untuk pasien menarik diri:
   A. Pasien mengatakan suka seluruh anggota tubuhnya
   B. Pasienmengatakan cita-citanya sebagai orang baik
   C. Pasien mengatakan merasa kecewa karena sebagai orang tua tidak mampu memberi nafkah kepada anak-anaknya
   D. Pasienlebih banyak menyendiri , tidak mau bergaul dan berinteraksi dengan oranga lain.
   E. Pasien mengatakan saya seorang presiden

2) Setelah membina hubungan saling percaya, tindakan keperawatan selanjutnya yang harus Anda lakukan untuk pasienmenarik diri adalah:
   A. Menilai kemampuan yang masih bisa digunakan
   B. Berkenalan dengan satu orang
   C. Menetapkan tujuan hidup
   D. Menyusun jadwal kegiatan
   E. Bergaul dengan orang lain

3) Tanda dan gejala isolasi sosial yang dapat ditemukan melalui observasiadalah sebagai berikut….
   A. Pasien tidak mau mengikuti kegiatan ruangan dan lebih banyak menyendiri
   B. Pasienmenyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang yang terdekat
   C. Pasientampak sedih, ekspresi datar dan dangkal
   D. Suara keras dan tinggi
   E. Kontak mata kurang

4) Jika asuhan keperawatan pada pasien isolasi sosial tidak dilakukan, maka pasien menarik diri akan mengalami....
   A. Harga diri rendah
   B. Waham

C. Perilaku kekerasan
D. Mencederai diri dan orang lain
E. Halusinasi

5) Menarik diri umumnya disebabkan karena:
   A. Harga diri rendah
   B. Waham
   C. Perilaku kekerasan
   D. Defisit perawatan diri
   E. Halusinasi

Kunci Jawaban Tes

Tesf 1
1) C
2) A
3) A
4) A
5) B

Tes 2
1) D
2) B
3) D
4) E
5) A

Daftar Pustaka

Herdman, T.H. (2012). *NANDA International Nursing Diagnoses Definition and Classification, 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell

Keliat, B.A., dkk. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas(CMHN - Basic Course)*. Jakarta: EGC

Stuart,G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th edition.Missouri: Mosby

BAB VI
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN JIWA: GANGGUAN SENSORI PERSEPSI HALUSINASI, PERILAKU KEKERASAN, DAN DEFISIT PERAWATAN DIRI

Ns. Nurhalimah, S.Kep, M.Kep. Sp.Kep.J

PENDAHULUAN

Salam sejahtera dan selamat berjumpa dengan modul 6 yang akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi, risiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri. Penulis yakin Anda tidak akan mengalami kesulitan dalam mempelajari bab ini karena Anda telah berhasil dengan baik menyelesaikan modul keperawatan jiwa sebelumnya, sehingga diperkenankan melanjutkan ke bab ini.

Untuk memberikan gambaran mengenai isi bab ini, penulis akan memberikan ilustasi berikut ini. Di rumah sakit jiwa baik di poliklinik ataupun diruang rawat jalan, tentu Anda sering melihat pasien yang berjalan mondar-mandir tanpa tujuan sambil bercakap-cakap, atau tertawa sendiri tanpa ada orang disekelilingnya. Atau Anda sering kali melihat pasien marah-marah tanpa sebab, dengan penampilan yang kotor dan berbau.

Tentu Anda akan berfikir diagnosis keperawatan apa yang mungkin timbul pada pasien diatas? Bagaimana asuhan keperawatan yang haraus diberikan pada pasien ini? Baiklah untuk meningkatkan pemahamanAnda, marilah kita mempelajari bab ini. Karena bab ini, akan membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa. Agar bab ini dapat Anda pelajari dengan mudah, penulis membagi bab ini menjadi Topik, yaitu :

Topik 1 : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi
Topik 2 : Asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan
Topik 3 : Asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri

Topik 1 akan membahas asuhan keperawatan gangguan sensori persepsi halusinasi. Tujuan mempelajari KB ini adalah agar Anda mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi. Sedangkan tujuan khusus dari pembelajaran ini adalah agar Anda mampu:

1. Menjelaskan konsep gangguan sensori persepsi halusinasi
2. Menguraikan proses keperawatan pasien gangguan sensori persepsi halusinasi
    a. Melakukan pengkajian gangguan sensori persepsihalusinasi
    b. Menyusun diagnosis keperawatan gangguan sensori persepsihalusinasi

c. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien gangguan sensori persepsihalusinasi
d. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien gangguan sensori persepsihalusinasi
e. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien gangguan sensori persepsihalusinasi
f. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien gangguan sensori persepsihalusinasi

Pada Topik 2, akan dibahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan. Untuk membantu Anda mempelajarinya, penulis akan memberikan ilustrasi sebagai berikut. Pernahkah kita marah? Tentu kita pernah marah. Kenapa kita marah? kita marah karena apa yang kita inginkan atau harapkan tidak sesuai atau tercapai. Normalkah bila kita marah? Marah dikatakan normal bila tidak menimbulkan kerugian bagi diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Karena marah merupakan respon normal individu terhadap suatu kejadian atau karena tidak terpenuhinya suatu kebutuhan.Namun jika marah membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan tentu memerlukan penanganan dari tenaga kesehatan, terutama perawat.

Untuk dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan Anda harus mempelajari bab ini dengan baik. Sehingga tujuan Topik 2 adalah agar Anda mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Sedangkan tujuan khusus pembelajaran ini adalah agar Anda mampu :

1. Menjelaskan konsep risiko perilaku kekerasan.
2. Menguraikan langkah-langkah proses keperawatan perilaku kekerasan:
   a. Melakukan pengkajian perilaku kekerasan
   b. Menetapkan diagnosis keperawatan perilaku kekerasan
   c. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien perilaku kekerasan.
   d. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien perilaku kekerasan.
   e. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien perilaku kekerasan.
   f. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasienperilaku kekerasan.

Pada saat Anda memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan seringkali Anda melihat pasien Anda terlihat kotor, berbau, penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Atau pada saat makan, terlihat makanan berceceran disembarang tempat, atau pasien buang air besar dan kecil sembarangan. Tentu sebagai seorang perawat sangat sedih melihatnya, terfikir untuk membantu pasien memperbaiki kebersihan dirinya. Memang salah satu tugas perawat adalah membantu menjaga kebersihan diri pasien. Untuk itu marilah kita membahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri.

Sehingga pada Topik 3 Anda akan belajar mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri. Secara umum tujuan mempelajari materi ini adalah agar Anda mampu memberikan asuhan keperawatan defisit perawatan diri. Sedangkan tujuan khusus pembelajaran ini adalah Anda mampu:

1. Menjelaskan konsep defisit perawatan diri
2. Menguraikan langkah-langkah proses keperawatan dengan defisit perawatan diri
   a. Melakukan pengkajian defisit perawatan diri
   b. Menyusun diagnosis keperawatan defisit perawatan diri
   c. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien defisit perawatan diri
   d. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien defisit perawatan diri
   e. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien defisit perawatan diri
   f. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien defisit perawatan diri

Untuk menilai kemampuan Anda terhadap pemahaman materi diatas, pada setiap akhir Kegiatan Belajar ada beberapa pertanyaan yang harus Anda jawab. Kerjakanlah soal tersebut dengan sebaik-baiknya. Sebaiknya Anda tidak melihat Kunci Jawaban terlebih dahulu sebelum selesai menjawab pertanyaan dan tugas.

Waktu untuk menyelesaikan bab ini kurang lebih 3 x 120 menit. Gunakan waktu tersebut dengan sebaik-baiknya. Anda dinyatakan berhasil apabila memperoleh nilai 80 atau 80% benar dalam menjawab pertanyaan atau menyelesaikan tugas yang diberikan. Penulis yakin Anda dapat memahami bab ini dengan baik asalkan Anda benar benar dengan cermat mempelajarinya.

Topik 1
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi

Pada saat Andamerawat pasien gangguan jiwa, sering Anda mendapatkan pasien sedang menyendiri disudut ruangan sambil bercakap-cakap atau tertawa sendiri tanpa ada orang disekitar pasien. Atau tiba-tiba Anda melihat pasien marah dengan mengeluarkan kata-kata kotor, memaki, melukai diri sendiri atau membanting barang-barang yang ada disekilingnya tanpa ada orang lain disekitar pasien atau tanpa ada sebab yang jelas.

Melihat kondisi diatas, tentu Anda bertanya apa yang sedang dialami pasien tersebut?, halusinasi apa yang sedang dialami?, kapan muncul halusinasi tersebut dan pada kondisi apa halusinasi muncul? Saya harus melakukan asuhan keperawatan pada pasien tersebut, karena jika tidak saya lakukan maka pasien dapat melukai dirinya sendiri ataupun orang lain. Tapi bagaimana saya harus melakukannya? Saya belum memiliki pengetahuan untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien halusinas. Untuk memberikan bekal pengetahuan pada Anda maka pelajarilah Topik 1 ini dengan sebaik-baiknya. Topik 1 ini berisikan materi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi yang sangat lengkap Anda akan belajar mulai dari konsep halusinasi hingga asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi. Saya berharap Anda tidak mengalami kesulitan dalam mempelajarinya.

A. KONSEP GANGGUAN SENSORI PERSEPSI HALUSINASI

1. Pengertian

Stuart & Laraia (2009) mendefinisikan halusinasi sebagai suatu tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi.Ada lima jenis halusinasi yaitu pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan dan perabaan. Halusinasi pendengaran merupakan jenis halusinasi yang paling banyak ditemukan terjadi pada 70% pasien,kemudian halusinasi penglihatan20%, dan sisanya 10% adalah halusinasi penghidu, pengecapan dan perabaan.

Pasien halusinasi merasakan adanya stimulus yang sebetulnya tidak ada. Perilaku yang teramati pada pasien yang sedang mengalami halusinasi pendengaran adalah pasien merasa mendengarkan suara padahal tidak ada stimulus suara. Sedangkan pada halusinasi penglihatan pasein mengatakan melihat bayangan orang atau sesuatu yang menakutkan padahal tidak ada bayangan tersebut. Pada halusinasi penghidu pasien mengatakan membaui bau-bauan tertentu padahal orang lain tidak merasakan sensasi serupa. Sedangkan pada halusinasi pengecapan, pasien mengatakan makan atau minum sesuatu yang menjijikkan. Pada halusinasi perabaan pasien mengatakan serasa ada binatang atau sesuatu yang merayap ditubuhnya atau di permukaan kulit.

2. Proses Terjadinya Halusinasi

Untuk meningkatkan pemahaman Anda tentang halusinasi Marilah kita belajar mengenai proses terjadinya halusinasi. Proses terjadinya halusinasi dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi,

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi halusinasi terdiri dari

1) Faktor Biologis :
   Adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (herediter), riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lain (NAPZA).
2) Faktor Psikologis
   Memiliki riwayat kegagalan yang berulang. Menjadi korban, pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya kasih sayang dari orang-orang disekitar atau overprotektif.
3) Sosiobudaya dan lingkungan
   Sebahagian besar pasien halusinasi berasal dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah, selain itu pasien memiliki riwayat penolakan dari lingkungan pada usia perkembangan anak, pasien halusinasi seringkali memiliki tingkat pendidikan yang rendah serta pernahmmengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

b. Faktor Presipitasi

Stressor presipitasi pasien gangguan persepsi sensori halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, adanya riwayat kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan dikeluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat.

3. Rentang Respon Neurobiologis

Stuart and Laraia menjelaskan rentang respon neurobiologis pada pasien dengan gangguan senssori persepsi halusinasi sebagai berikut:

Respon Adaptif		**Respon Maladaptif**
Pikiran logis	Proses pikir kadang terganggu	Gangguan proses pikir Waham
Persepsi akurat	Ilusi	Halusinasi
Emosi konsisiten	Emosi berlebihan/kurang	Kerusakan proses emosi
Perilaku sesuai	Perilaku tidak terorganisir	Perilaku tidak sesuai
Hub sosial harmonis	Isolasi sosial	

4. Tahapan Halusinasi;

Halusinasi yang dialami pasien memiliki tahapan sebagai berikut

a. **Tahap I** : Halusinasi bersifat menenangkan, tingkat ansietas pasien sedang. Pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan.

Karakteristik : Karakteristik tahap ini ditAndai dengan adanya perasaan bersalah dalam diri pasien dan timbul perasaan takut. Pada tahap ini pasien mencoba menenangkan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang dialaminya dapat dikendalikan dan bisa diatasi (non psikotik).

Perilaku yang Teramati:

- Menyeringai / tertawa yang tidak sesuai
- Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
- Respon verbal yang lambat
- Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikan.

b. **Tahap II** : Halusinasi bersifat menyalahkan, pasien mengalami ansietas tingkat berat dan halusinasi bersifat menjijikkan untuk pasien.

Karakteristik : pengalaman sensori yang dialmi pasien bersifat menjijikkan dan menakutkan, pasien yang mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan kendali, pasien berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipersepsikan, pasien merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain (non psikotik).

Perilaku yang teramati :

- Peningkatan kerja susunan sarapotonom yang menunjukkan timbulnya ansietas seperti peningkatan nadi, TD dan pernafasan.
- Kemampuan kosentrasi menyempit.
- Dipenuhi dengan pengalaman sensori, mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan realita.

c. **Tahap III : P**ada tahap ini halusinasi mulai mengendalikan perilaku pasien, pasien berada pada tingkat ansietas berat. Pengalaman sensori menjadi menguasai pasien.

Karakteristik : Pasien yang berhalusinasi pada tahap ini menyerah untuk melawan pengalaman halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Isi halusinasi dapat berupa permohonan, individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman tersebut berakhir (Psikotik)

Perilaku yang teramati:

- Lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya dari pada menolak.
- Kesulitan berhubungan dengan orang lain.
- Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik, gejala fisik dari ansietas berat seperti : berkeringat, tremor, ketidakmampuan mengikuti petunjuk.

d. **Tahap IV** : Halusinasi pada saat ini, sudah sangat menaklukkan dan tingkat ansietas berada pada tingkat panik. Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi.

Karakteristik : Pengalaman sensori menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah halusinasinya. Halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak diintervensi (psikotik).

Perilaku yang teramati :

- Perilaku menyerang - teror seperti panik.
- Sangat potensial melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain.
- Amuk, agitasi dan menarik diri.
- Tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang komplek .
- Tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang.

5. Jenis Halusinasi

Anda telah mengetahui dan mempelajari mengenai pengertian, proses terjadinya halusinasi, rentang respon neurobioogis dan tahap-tahap halusinasi. penulis berharap Anda telah memahaminya. Materi yang akan kita pelajari selanjutnya adalah jenis halusinasi. Penjelasan dibawah ini adalah mengenai jenis halusinasi.

Tabel 6.1
Jenis Halusinasi

Jenis halusinasi	***Data Obyektif***	***Data Subyektif***
Halusinasi Pendengaran	• Bicara atau tertawa sendiri • Marah-marah tanpa sebab • Menyedengkan telinga ke arah tertentu • Menutup telinga	• Mendengar suara-suara atau kegaduhan. • Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap • Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
Halusinasi Penglihatan	• Menunjuk-nunjuk ke arah Tertentu • Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.	• Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartoon, melihat hantu atau monster.
Halusinasi Penghidu	• Mengisap-isap seperti sedang membaui bau-bauan tertentu. • Menutup hidung.	• Membaui bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
Halusinasi Pengecapan	• Sering meludah • Muntah	• Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
Halusinasi Perabaan	• Menggaruk-garuk permukaan kulit	• Mengatakan ada serangga di permukaan kulit • Merasa seperti tersengat listrik

6. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Adapun tanda dan gejala pasien halusinasi adalah sebagai berikut:

a. Data Subyektif: Pasien mengatakan :
   1) Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
   2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
   3) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
   4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
   5) Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
   6) Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
   7) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

b. Data Obyektif
   1) Bicara atau tertawa sendiri
   2) Marah-marah tanpa sebab
   3) Mengarahkan telinga ke arah tertentu
   4) Menutup telinga
   5) Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
   6) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.
   7) Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.
   8) Menutup hidung.
   9) Sering meludah
   10) Muntah
   11) Menggaruk-garuk permukaan kulit

B. ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI HALUSINASI

Selamat Anda telah menyelesaikan materi konsep halusinasi dan saya berharap Anda telah memahaminya dengan baik. Selanjutnya Anda akan belajar mengenai asuhan keperawatan gangguan sensori persepsi halusinasi.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal didalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga.

Tanda dan gejala gangguan sensori persepsi halusinasi dapat ditemukan dengan **wawancara,** melalui pertanyaan sebagai berikut

a. Dari pengamatan saya sejak tadi, bapak/ibu tampakseperti bercakap-cakap sendiri apa yang sedang bapak/ibu dengar/lihat?
b. Apakah bapak/ibu melihat bayangan-bayangan yang menakutkan?

c. Apakah ibu/bapak mencium bau tertentu yang menjijikkan?
d. Apakah ibu/bapak meraskan sesuatu yang menjalar ditubuhnya?
e. Apakah ibu/bapak merasakan sesuatu yang menjijikkan dan tidak mengenakkan?
f. Seberapa sering bapak//ibu mendengar suara-suara atau melihat bayangan tersebut?.
g. Kapan bapak/ ibu mendengar suara atau melihat bayang-bayang?
h. Pada situasi apa bapak/ibu mendengar suara atau melihat bayang-bayang?
i. Bagaimana perasaaan bapak/ibu mendengar suara atau melihat bayangan tersebut?
j. Apa yang sudah bapak/ibu lakukan, ketika mendengar suara dan melihat bayangan tersebut?

Tanda dan gejala halusinasi yang dapat ditemukan melalui **observasi** sebagai berikut:

a. Pasien tampak bicara atau tertawa sendiri
b. Marah-marah tanpa sebab
c. Memiringkan atau mengarahkan telinga ke arah tertentu atau menutup telinga.
d. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
e. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
f. Menghidu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.
g. Menutup hidung.
h. Sering meludah
i. Muntah
j. Menggaruk permukaan kulit

2. Diagnosis Keperawatan

Langkah kedua dalam asuhan keperawatan adalah menetapkan diagnosis keperawatan yang dirumuskan berdasarkan tAnda dan gejala gangguan sensori persepsi : halusinasi yang ditemukan.Data hasil observasi dan wawancara dilanjutkan dengan menetapkan diagnosis keperawatan. Bagan dibawah ini merupakan contoh: Analisa data dan rumusan masalah

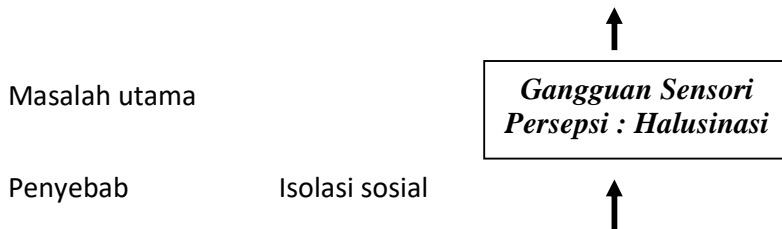
Tabel
6.2 Analisa Data

NO	Data	Masalah Keperawatan
1.	Data Objektif : • Bicara atau tertawa sendiri • Marah marah tanpa sebab • Mengarahkan telinga ke posisi tertentu. • Menutup telinga Data Subjektif : • Mendengar suara-suara atau kegaduhan • Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap • Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya	Halusinasi

Berdasarkan hasil pengkajian pasien menunjukkan tAnda dan gejala gangguan sensori persepsi : halusinasi, maka diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah:

Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

Langkah selanjutnya setelah Andamampu membuat analisa serta rumusan masalah, Anda dapat membuat pohon masalah. Berikut ditampilkan contoh bagan pohon masalah, tentunya Anda diharapkan dapat menntukan pengelompokkan masalah sehingga dapat ditentukan penyebab, masalah utama dan efek dari masalah utama. Gambar dibawah ini merupakan contoh pohon masalah untuk gangguan sensori persepsi halusinasi :

Pohon Masalah

Gambar 6.1
Bagan Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi

3. Tindakan Keperawatan.

Setelah menetapkan diagnose keperawatan lakukanlah tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi. Tindakan keperawatan harus ditujukan juga untuk keluarga karena keluarga memegang peranan penting didalam merawat pasien dirumah setelah pasien pulang dari rumah sakit.. Saat melakukan asuhan keperawatan baik di Puskesmas dan kunjungan rumah, perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui pasien.

Saat melakukan pelayanan di Puskesmas dan kunjungan rumah,, perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui pasien. Bersama keluarga, perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien dan keluarga. Setelah itu, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian, mengevaluasi dan melatih satu cara lagi untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Jika pasien telah mendapatkan terapi psikofarmaka (obat), maka hal pertama yang harus dilatih perawat adalah pentingnya kepatuhan minum obat. Setelah perawat selesai melatih pasien, perawat menemui keluarga untuk melatih cara merawat pasien. Selanjutnya perawat menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu keluarga yaitu untuk mengingatkan pasien melatih kemampuan mengatasi masalah yang telah diajarkan oleh perawat.

a. **Tindakan Keperawatan Untuk Pasien Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi.**

Tujuan: Pasien mampu:

1) Membina hubungan saling percaya
2) Mengenal halusinasi dan mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik
3) Mengontrol halusinasi dengan enam benar minum obat
4) Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
5) Mengontrol halusinasi dengan melakukan aktifitas sehari-hari

Tindakan Keperawatan

1) Membina Hubungan Saling Percaya dengan cara:
   (a) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien dan
   (b) Berkenalan dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan yang disukai pasien
   (c) Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
   (d) Buat kontrak asuhan apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan, dan tempat pelaksanaan asuhan keperawatan.
   (e) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
   (f) Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap pasien
   (g) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan
2) Membantu pasien menyadari ganguan sensori persepsi halusinasi
   (a) Tanyakan pendapat pasien tentang halusinasi yang dialaminya: tanpa mendukung, dan menyangkal halusinasinya.
   (b) Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan, respon dan upaya yang sudah dilakukan pasien untuk menghilangkan atau mengontrol halusinasi.
3) Melatih Pasien cara mengontrol halusinasi:
   Secara rinci tahapan melatih pasien mengontrol halusinasi dapat dilakukan sebagai berikut:
   (a) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, 6(enam) benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar, merapihkan tempat tidur serta mencuci baju.
   (b) Berikan contoh cara menghardik, 6(enam) benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar, merapihkan tempat tidur serta mencuci baju.
   (c) Berikan kesempatan pasien mempraktekkan cara menghardik, 6(enam) benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar, merapihkan tempat tidur serta mencuci baju yang dilakukan di hadapan Perawat

(d) Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh pasien.

(e) Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah melakukan tindakan keperawatan untuk mengontrol halusinasi. Mungkin pasien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan latihannya.

4. Evaluasi Kemampuan Pasien dan Keluarga

Evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah di lakukan untuk pasien gangguan sensori persepsi halusinasi adalah sebagai berikut

a. Pasien mampu:
   1) Mengungkapkan isi halusinasi yang dialaminya
   2) Menjelaskan waktu dan frekuensi halusinasi yang dialami.
   3) Menjelaskan situasi yang mencetuskan halusinasi
   4) Menjelaskan perasaannya ketika mengalami halusinasi
   5) Menerapkan 4 cara mengontrol halusinasi:
      (a) Menghardik halusinasi
      (b) Mematuhi program pengobatan
      (c) Bercakap dengan orang lain di sekitarnya bila timbul halusinasi
      (d) Menyusun jadwal kegiatan dari bangun tidur di pagi hari sampai mau tidur pada malam hari selama 7 hari dalam seminggu dan melaksanakan jadwal tersebut secara mandiri
   6) Menilai manfaat cara mengontrol halusinasi dalam mengendalikan halusinasi

b. Keluarga mampu:
   1) Menjelaskan halusinasi yang dialami oleh pasien
   2) Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi melalui empat cara mengontrol halusinasi yaitu menghardik, minum obat,cakap-cakap dan melakukan aktifitas di rumah
   3) Mendemonstrasikan cara merawat pasien halusinasi
   4) Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah pasien
   5) Menilai dan melaporkan keberhasilannnya merawat pasien

5. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Pendokumentasian wajib dilakukan setiap selesai melakukan interaksi dengan pasien dan keluarga..

Berikut contoh pendokumentasian asuhan keperawatan gangguan sesnsori persepsi halusinasi.

Tabel 6.3
Dokumentasi Keperawatan

IMPLEMENTASI	***EVALUASI***
Tgl ....bulan..... tahun.....pkl....... Data: Data pasien dan kemampuan • Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara tetapi sudah jarang dan tidak setiap hari datangnya. • Pasien mengatakan sudah melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi • Pasien mengatkan minum obat dengan benar dan teratur. Kemampuan pasien • Pasien mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi Data keluarga dan kemampuan • Keluarga mengatakan sudah mengetahui apa itu halusinasi tanda dan gejala serta proses terjadinya masalah. • Keluarga telah mengetahui cara merawat pasien halusinasi dengan membantu pasien menghardik halusinasi saat halusinasi muncul • Kelurga memantau pasien minum obat DK: Gangguan sensori persepsi halusinasi Intervensi: Tindakan ke pasien 6. Evaluasi kegiatan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik dan minum obat. 7. Beri pujian 8. Latih satu cara untuk yaitu becakap-cakap dengan orang lain seperti keluarga 9. Memasukkan pada jadwali kegiatan untuk latihan bercakap-cakap dengan orang lain/keluarga Tindakan ke keluarga 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat pasien halusinasi yaitu menghardik dan minum obat Beri pujian. 2. Bimbingdan motivasi keluarga untuk mengajak anggota keluarga yang lain	*S :*Pasien • Pasien menghardik halusinasi 3 kali sehari • Minum obat secara teratur sesuai dengan petunjuk suster 3 kali sehari dan • Mengajak anggota keluarga yang lain untuk bercakap-cakap bila pasien sendirian dan bila suara-suara akan muncul. S : keluarga • Keluarga mengatakan anaknya dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal • Keluarga mengatakan senang dapat membimbing dan merawat anaknya • Keluarga mengatakan akan terus memotivasi anaknya untuk melakukan sesuai jadwal O: Pasien • Pasien koopertif, tampak tenang, halusinasi tidak ada O: keluarga • Keluarga tampak melatih dan membimbing pasien dalam mengontrol halusinasi • Keluarga kooperatif A: Menghardik dan minum obat serta bercakap-cakap mampu mengontrol halusinasi pasien. P: P untuk pasien Pasien berlatih mengontrol halusinasi dengan menghardik (3 kali per hari), Minum obat (3 kali per hari), bercakap-cakap dengan keluarga (2kali perhari) P . Keluarga Memotivasi dan membimbing sesuai dengan jadwalimenghardik (3 kali sehari), minum obat (3 kali sehari) bercakap-cakap dengan keluarga dan orang lain (2 kali sehari)

IMPLEMENTASI	*EVALUASI*
bercakap-cakap dengan pasien jika melihat klein termenung atau sendirian. 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwali dan memberikan pujian RTL: Pasien Melakukan latihan mengontrol halusinasi sesuai jadwal Keluarga Memotivasi dan membimbing pasien untuk mengontrol halusinasi	Nurhalimah

Latihan

1) Sebutkan jenis-jenis halusinasiJelaskan faktor predisposisi dan presipitasi halusinasi
2) Jelaskan tanda dan gejala halusinasi
3) Jelaskan tahapan halusinasi

Petunjuk Jawaban Latihan

1) Untuk menjawab pertanyaan no 1 pelajarilah kembali mengenai jenis-jenis halusinasi
2) Untuk menjawab pertanyaan no 2 pelajarilah kembali faktor predisposisi dan presipitasi halusinasi
3) Untuk menjawab pertanyaan no 3 pelajarilah kembali mengenai tahapan halusinasi)

Ringkasan

1. Halusinasi adalahi suatu tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal
2. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi.
3. Ada lima jenis yaitu halusinasi yaitu pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan dan perabaan. Halusinasi pendengaran merupakan jenis halusinasi yang paling banyak ditemukan terjadi pada 70% pasien,kemudian halusinasi penglihatan20%, dan sisanya 10% adalah halusinasi penghidu, pengecapan dan perabaan.
4. **Faktor Predisposisi:** Faktor Biologis, Adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (herediter), riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lain (NAPZA). Faktor Psikologis: Memiliki riwayat kegagalan yang berulang, korban, pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan, kurangnya kasih sayang dari orang-orang disekitar atau overprotektif. Sosiobudaya dan lingkungan.Sebahagian besar pasien halusinasi berasal

dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah,adanya riwayat penolakan dari lingkungan pada usia perkembangan anak, tingkat pendidikan rendah dan mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

5. **Faktor Presipitasi**

Stressor presipitasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan dikeluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat.

6. **Tahapan Halusinasi**

Tahap I : Halusinasi bersifat menenangkan, tingkat ansietas(kecemasan) pasien sedang. Pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan.

Tahap II : Halusinasi bersifat menyalahkan, ansietas tingkat berat dan halusinasi menjijikkan pasien.

Tahap III : Halusinasi bersifat mengendalikan perilaku pasien, pasien berasda pada tingkat ansietas berat. Pengalaman sensori menjadi menguasai pasien.

Tahap IV : Halusinasi pada saat ini, sudah sangat menaklukkan dan tingkat ansietas berada pada tingkat panik. Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi.

7. **Jenis Halusinasi**

Jenis halusinasi	**Data Obyektif**	**Data Subyektif**
Halusinasi Pendengaran	Bicara atau tertawa sendiri Marah-marah tanpa sebab Menyedengkan telinga ke arah tertentu Menutup telinga	Mendengar suara-suara atau kegaduhan. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
Halusinasi Penglihatan	Menunjuk-nunjuk ke arah Tertentu Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartoon, melihat hantu atau monster.
Halusinasi Penghidu	Mengisap-isap seperti sedang membaui bau-bauan tertentu. Menutup hidung.	Membaui bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
Halusinasi Pengecapan	Sering meludah Muntah	Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
Halusinasi Perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit	Mengatakan ada serangga di permukaan kulit Merasa seperti tersengat listrik

Tes 1

1) Ny Y datang diantar oleh keluarganya karena menolak makan dan mengatakan makan yang disajikan terasa seperti muntahan, nanah dan terasa amis darah. Berdasarkan data diatas Ny Y mengalami halusinasi:
   A. Pendengaran
   B. Penglihatan
   C. Penciuman
   D. Pengecapan
   E. Perabaan

2) Pengkajian halusinasi yang dilakukan pada terdiri dari unsur-unsur berikut: kecuali
   A. Isi halusinasi
   B. Waktu terjadinya halusinasi
   C. Frekuensi terjadinya halusinasi
   D. Situasi yang menimbulkan halusinasi
   E. Obat yang sering diminum oleh pasien

3) Pada intervensi keperawatan, perawat melatih Ny Yuni untuk mengatakan, “Saya tidak mau dengar! Kamu tidak ada!” adalah salah satu cara mengontrol halusinasi dengan :
   A. Menghardik halusinasi
   B. Bercakap-cakap dengan orang lain
   C. Melakukan aktivitas yang terarah
   D. Menggunakan obat secara teratur
   E. Meningkatkan kontak dengan realita

4) Sejak Kecil Tn A mengatakan tidak pernah mendapatkan kasih sayang dari orang tua, orang tua selalu membeda-bedakan Tn A dengan kakak dan adiknya serta selalu dikatakan bahwa Tn A anak yang membawa sial bagi keluarga. Berdasarkan data diatas, predisiposisi Tn A mengalami gangguan Jiwa karena faktor:
   A. Genetik
   B. Biologis
   C. Psikologis
   D. Neurobiologis
   E. Neuro Transmiter

5) Tindakan keperawatan yang pertama harus dilakukan oleh perawat ketika bertemu dengan Ny I dan keluarga adalah
   A. Mengajarkan aktifitas yang dapat dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi
   B. Menjelaskan tentang system pendukung yang ada di lingkungan
   C. Mengajarkan keluarga tentang halusinasi

D. Menjelaskan tentang cara menghardik
E. Menjelaskan tentang obat

Topik 2
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Perilaku Kekerasan

Pasien dengan gangguan jiwa sering kali dibawa ke ruangan gawat darurat rumah sakit jiwa dalam kondisi terikat tangan dan kakinya. Sebagai seorang perawat tentu Anda berfikir pasti dirumah atau di lingkungnnya pasien melakukan perilaku kekerasan telah menganggu lingkungan dan membahayakan diri sendiri mau pun orang lain. Melihat kondisi tersebut apa yang harus Anda lakukan? Saya harus melakukan pengkajian agar saya mengetahui masalah yang dialami pasien dan dapat memberikan intervnesi keperawatan dengan baik secara menyeluruh (komprehensip). Untuk membantu agar Anda mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan pelajarilah Topik 2 ini dengan sebaik-baiknya, saya yakin setelah mempelajari Topik 2 ini Anda akan mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan.

A. KONSEP PERILAKU KEKERASAN

4. Pengertian

Banyak ahli mendefiniskan mengenai perilaku kekerasan diantaranya, menurut Berkowitz (1993), perilaku kekerasan bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Citrome dan Volavka (2002, dalam Mohr, 2006) menjelaskan bahwa perilaku kekerasan merupakan respon perilaku manusia untuk merusak sebagai bentuk agresif fisik yang dilakukan oleh seseorang terhadap orang lain dan atau sesuatu.Pendapat senada diungkapkan Stuart dan Laraia (2005),yang menyatakan bahwa perilaku kekerasan merupakan hasil dari marah yang ekstrim atau ketakutan sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik atau konsep diri. Perasaan terancam ini dapat berasal dari lingkungan luar (penyerangan fisik, kehilangan orang berarti dan kritikan dari orang lain) dan lingkungan dalam (perasaan gagal di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang dan ketakutan penyakit fisik).

Menurut Keliat, (2011), perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Herdman (2012) mengatakan bahwa risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang diperlihatkan oleh individu. Bentuk ancaman bisa fisik, emosional atau seksual yang ditujukan kepada orang lain

Sehingga dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan merupakan:

a. Respons emosi yang timbul sebagai reaksi terhadap kecemasan yang meningkat dan dirasakan sebagai ancaman (diejek/dihina).
b. Ungkapan perasaan terhadap keadaan yang tidak menyenangkan (kecewa, keinginan tidak tercapai, tidak puas).

c. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

5. Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan

Proses terjadinya perilaku kekerasan pada pasien akan dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi faktor predisposisi dan presipitasi,

a. Faktor Predisposisi

Hal-hal yang dapat mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan, meliputi :

1) Faktor Biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis meliputi adanya faktor herediter yaitu adanya anggotakeluarga yang sering memperlihatkan atau melakukan perilaku kekerasan, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanyan riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA (narkoti, psikotropika dan zat aditif lainnya).

2) Faktor Psikologis

Pengalaman marah merupakan respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan.Perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi.Frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu menemui kegagalan atau terhambat.Salah satu kebutuhan manusia adalah “berperilaku”, apabila kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi melalui berperilaku konstruktif, maka yang akan muncul adalah individu tersebut berperilaku destruktif.

3) Faktor Sosiokultural

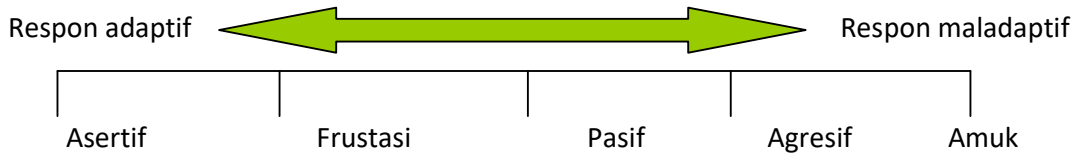
Teori lingkungan sosial (social environment theory)menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah.Norma budaya dapat mendukung individu untuk berespon asertif atau agresif.Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi (social learning theory).

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi perilaku kekerasan pada setiap individu bersifat unik, berbeda satu orang dengan yang lain.Stresor tersebut dapat merupakan penyebab yang brasal dari dari dalam maupun luar individu.

Faktor dari dalam individu meliputi kehilangan relasi atau hubungan dengan orang yang dicintai atau berarti (putus pacar, perceraian, kematian), kehilangan rasa cinta, kekhawatiran terhadap penyakit fisik, dll. Sedangkan faktor luar individu meliputi serangan terhadap fisik, lingkungan yang terlalu ribut, kritikan yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan.

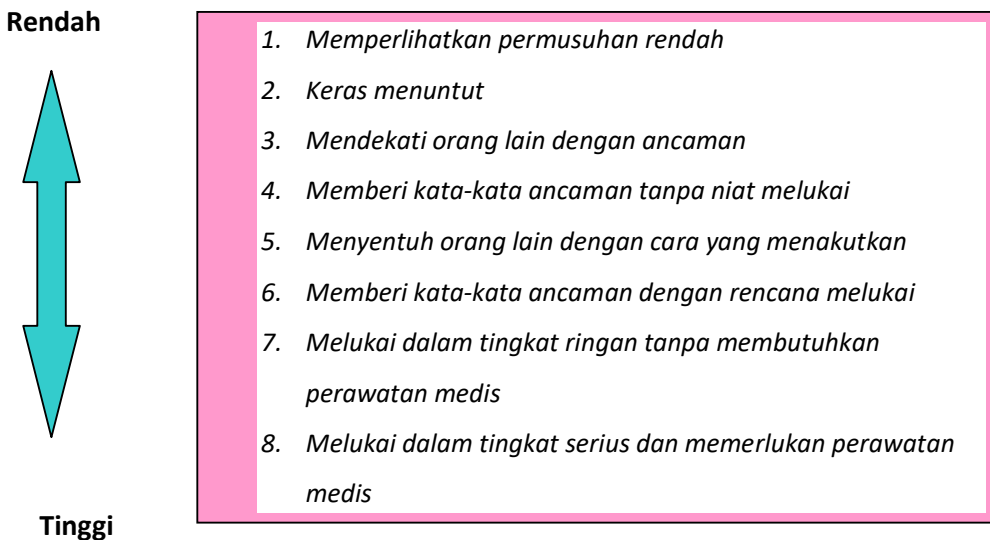
6. Rentang Respon Marah

Marah yang dialami setiap individu memiliki rentang dimulai dari respon adaptif sampai maladaftif. Sekarang marilah kita bersama-sama mempelajarinya untuk mempermudah pemahaman Anda dibawah ini akan digambarkan rentang respon perilaku kekerasan

Gambar6 .2 Rentang respon

Keterangan

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain
Frustasi : Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis/ terhambat
Pasif : Respon lanjutan dimana pasien tidak mampu mengungkapkan perasaannya
Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol
Amuk : Perilaku destruktif dan tidak terkontrol

a. Hierarki Perilaku Kekerasan

Setelah Anda memahami rentang respon marah, sekarang marilah kita mempelajari mengenai hirarki agresif seperti dibawah ini.

Telah kita pelajari bersama mengenai rentang respon marah serta hirarki agrsif. Selanjutnya kita akan mempelajari mengenai bagaimana skema proses marah yang dialami

setiap orang.Bila seseorang tidak mampu menangani perasaan marah secara asertif dapat mengakibatkan amuk atau perilaku kekerasan .

b. Perbandingan Perilaku Pasif, Agresif dan Asertif

Berdasarkan konsep yang telah sama-sama kita pelajari, maka dapat kita simpulkan perbedaan antara perilaku agresif, asertif dan pasif seperti bagan dibawah ini.

Tabel 6.4
Tanda dan gejala perilaku kekerasan

	Pasif	Asertif	Agresif
Isi bicara	• Negatif • menghina • dapatkah saya lakukan • dapatkah ia lakukan	• positif • menghargai diri sendiri • saya dapat/akan lakukan	• berlebihan • menghina orang lain • Anda selalu/ tidak pernah
Nada suara	• diam • lemah • merengek	• diatur	• tinggi • menuntut
Posture/ sikap tubuh	• melotot • menundukkan kepala	• tegak • rileks	• tenang • bersandar ke depan
Personal space	• orang lain dapat masuk pada teritorial pribadinya	• Menjaga jarak yang menyenangkan • Mempertahankan hak tempat/ territorial	• Memasuki teritorial orang lain
Gerakan	• Minimal • Lemah • Resah	• Memperlihatkan gerakan yang sesuai	• Mengancam, ekspansi gerakan
Kontak mata	• Sedikit atau tidak	• Sekali-sekali • Sesuai dengan kebutuhan interaksi	• Melotot

7. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dinilai dari ungkapan pasien dan didukung dengan hasil observasi.

a. Data Subjektif:
   1) Ungkapan berupa ancaman
   2) Ungkapan kata-kata kasar
   3) Ungkapan ingin memukul/ melukai

b. Data Objektif:
   1) Wajah memerah dan tegang
   2) Pandangan tajam

3) Mengatupkan rahang dengan kuat
4) Mengepalkan tangan
5) Bicara kasar
6) Suara tinggi, menjerit atau berteriak
7) Mondar mandir
8) Melempar atau memukul benda/orang lain

B. ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga.

Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat ditemukan dengan wawancara melalui pertanyaan sebagai berikut:

a. Coba ceritakan ada kejadian apa/apa yang menyebabkan Anda marah?
b. Coba Anda ceritakan apa yang Anda rasakan ketika marah?
c. Perasaan apa yang Anda rasakan ketika marah?
d. Sikap atau perilaku atau tindakan apa yang dilakukan saat Anda marah?
e. Apa akibat dari cara marah yang Anda lakukan?
f. Apakah dengan cara yang digunakan penyebab marah Anda hilang?
g. Menurut Anda apakah ada cara lain untuk mengungkapkan kemarahan Anda

Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yang dapat ditemukan melalui observasi adalah sebagai berikut:

a. Wajah memerah dan tegang
b. Pandangan tajam
c. Mengatupkan rahang dengan kuat
d. Mengepalkan tangan
e. Bicara kasar
f. Mondar mandir
g. Nada suara tinggi, menjerit atau berteriak
h. Melempar atau memukul benda/orang lain

Data hasil observasi dan wawancara didokumentasikan pada status. Contoh pendokumentasian hasil pengkajian pada Tn Z sebagai berikut:

Data :

Pasien mengatakan memukul ibunya dengan sapu, menendang pintu., berbicara dengan nada tinggi dansuara keras dan mengeluarkan kata-kata kotor. Tangan mengepal, mata melotot., mata merah, wajah tegang dan memerah, rahang terkatup kuat. Pasien mengatakan marah karena ibunya tidak membelikan motor.

Setelah Anda mendapatkan data, selanjutnya kita membuat Analisa Data. Berikut contoh analisa data pada perilaku kekerasan.

Tabel 6.5
Analisis Data

NO	Data	Masalah
1.	Data Subjektif: Pasien mengatakan ia memukul ibunya dengan sapu dan mengeluarkan kata kasar dan tidak pantas karena tidak diberikan motor Data Objektif : • Suara keras • Tangan mengepal • Wajah memerah dan tegang • Pandangan tajam • Mengatupkan rahang dengan kuat • Mengepalkan tangan • Bicara kasar Nada suara tinggi.	Perilaku Kekerasan

Setelah Anda melihat contoh materi diatas, Anda dapat membuat Analisa data dan buatlah daftar masalah dan tegakkan diagnosis keperawatan selanjutnya pohon masalah.

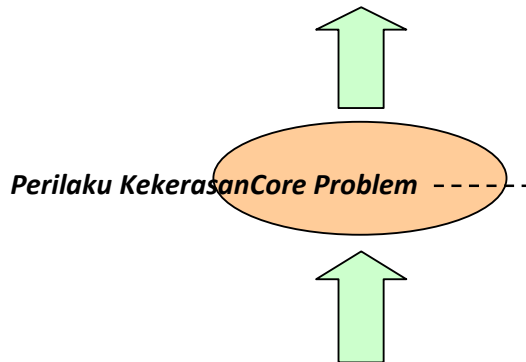
Saya yakin bahwa Anda dapat memahami materi yang baru saja kita bahas. Untuk lebih memantapkan pemahaman dan mudah mengingatnya, cobalah pelajari contoh berikut ini.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian rumuskan diagnosis keperawatan.

PERILAKU KEKERASAN

3. Pohon Masalah

Risti mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan Efek

Gangguan konsep diri: HDR Penyebab

4. Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan untuk mengatasi risiko perilaku kekerasan, dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat melakukan pelayanan di Puskesmas dan kunjungan rumah,, perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui pasien. Bersama keluarga, perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien dan keluarga. Setelah itu, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian, mengevaluasi dan melatih satu cara lagi untuk mengatasi masalah yang dialami pasien.

Jika pasien telah mendapatkan terapi psikofarmaka (obat), maka hal pertama yang harus dilatih perawat adalah pentingnya kepatuhan minum obat. Setelah perawat selesai melatih pasien, perawat menemui keluarga untuk melatih cara merawat pasien. Selanjutnya perawat menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu keluarga yaitu untuk mengingatkan pasien melatih kemampuan mengatasi masalah yang telah diajarkan oleh perawat.

a. Tindakan Keperawatan untuk Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Tujuan: Pasien mampu:

1) Membina hubungan saling percaya
2) Menjelaskan penyebab marah
3) Menjelaskan perasaan saat penyebab marah/perilaku kekerasan
4) Menjelaskan perilaku yang dilakukan saat marah
5) Menyebutkan cara mengontrol rasa marah/perilaku kekerasan
6) Melakukan kegiatan fisik dalam menyalurkan kemarahan
7) Memakan obat secara teratur
8) Berbicara yang baik saat marah
9) Melakukan kegiatan ibadah untuk mengendalikan rasa marah

Tindakan Keperawatan

1) Membina hubungan saling percaya
   Tindakan yang harus dilakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah:
   a) Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
   b) Perkenalkan diri : nama, nama panggilan yang Perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien yang disukai
   c) Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
   d) Buat kontrak asuhan : apa yang Perawat akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya dimana
   e) Jelaskan bahwa Perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
   f) Tunjukkan sikap empati
   g) Penuhi kebutuhan dasar pasien
2) Diskusikan bersama pasien penyebab rasa marah/perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu.
3) Diskusikan tanda-tanda pada pasien jika terjadi perilaku kekerasan
   a) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
   b) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
   c) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
   d) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
   e) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
4) Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara: Verbal
   a) terhadap orang lain
   b) terhadap diri sendiri
   c) terhadap lingkungan
5) Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
6) Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara:
   a) Patuh minum obat
   b) Fisik:tarik nafas dalam, pukul kasur dan batal.
   c) Sosial/verbal: bicara yang baik: mengungkapkan, menolak dan meminta rasa marahnya
   d) Spiritual: sholat/berdoa sesuai keyakinan pasien

Tindakan keperawatan terhadap pasien dapat dilakukan minimal empat kali pertemuan dan dilanjutkan sampai pasien dan keluarga dapat mengontrol/mengendalikan perilaku kekerasan.

b. Tindakan keperawatan untuk keluarga pasien risiko perilaku kekerasan

Tujuan: Keluarga mampu:

1) Mengenal masalah risiko perilaku kekerasan
2) Memutuskan untuk melakukan perawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan

3) Merawat pasien risiko perilaku kekerasan dengan mengajarkan dan mendampingi pasien berinteraksi secara bertahap, berbicara saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial
4) Memodifikasi lingkungan yang konsusif agar pasien mampuberinteraksi dengan lingkungan sekitar
5) Mengenal tanda kekambubuhan, dan mencari pelayanan kesehatan
6) Keluarga dapat meneruskan melatih pasien dan mendukung agar kemampuan pasien risiko perilaku kekerasan mengatasi masalahnya dapat meningkat.

Tindakan keperawatan kepada keluarga :

1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.
2) Menjelaskan pengertian, tAnda dan gejala, dan proses terjadinya perilaku kekerasan/ risiko perilaku kekerasan.
3) Melatih keluarga cara merawat risiko perilaku kekerasan.
4) Membimbing keluarga merawat risiko perilaku kekerasan.
5) Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien untuk mengontrol emosinya.
6) Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas pelayanan kesehatan
7) Menganjurkan *follow up* ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

5. Evaluasi

a. Evaluasi kemampuan pasien mengatasi risiko perilaku kekerasan berhasil apabila pasien dapat:
   1) Menyebutkan penyebab, tAnda dan gejalaperilaku kekerasan, perilaku kekerasan yangbiasadilakukan, dan akibat dari perilaku kekerasan.
   2) Mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal:
      - secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur
      - secara sosial/verbal: meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan cara baik
      - secara spiritual
      - terapi psikofarmaka
   3) Mengidentifikasi manfaat latihan yang dilakukan dalam mencegah perilaku kekerasan
b. Evaluasi kemampuan keluarga (pelaku rawat) risiko perilaku kekerasan berhasil apabila keluarga dapat:
   1) Mengenal masalah yang dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya risiko perilaku kekerasan)
   2) Mencegah terjadinya perilaku kekerasan
   3) Menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien
   4) Memotivasi pasien dalam melakukan cara mengontrol perasaan marah

5) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien mengontrol perasaan marah
6) Mengevaluasi manfaat asuhan keperawatan dalam mencegah perilaku kekerasan pasien
7) Melakukan follow up ke Puskesmas, mengenal tAnda kambuh dan melakukan rujukan.

6. Dokumentasi Hasil Asuhan Keperawatan

Pendokumentasian dilakukan setiap selesai melakukan pertemuan dengan pasien dan keluarga. Berikut adalah contoh dokumentasi asuhan keperawatan risiko perilaku kekerasan pada kunjungan pertama

Tabel 6.6
Dokumentasi Keperawatan

IMPLEMENTASI	EVALUASI
Hari……….. Tgl……… pukul… **Data Pasien:** • Pasien mengatakan kadang-kadang masih muncul perasaan kesal. • Sudah minum obat sesuai jadwal • Jika waktu minum obat pukul 7 pagi harus diingatkan istrinya karena menurut pasien suka jadi ngantuk • Latihan nafas dalam lebih dipilih pasien • Cara verbal sudah dilakukan pasien yaitu meminta dengan baik **Data Keluarga:** • Keluarga telah mengingatkan pasien untuk berlatih sesuai jadwal ketika pasien lupa • Telah memberikan pujian ketika pasien berlatih sesuai jadwal **Diagnosis Keperawatan :** Risiko perilaku kekerasan **Tindakan Keperawatan :** **Pasien:** • Melatih pasien cara mengontrol marah dengan kegiatan ibadah • Kegiatan ibadah dimasukkan kedalam	**S Pasien :** • Pasien mengatakan senang dapat satu lagi cara mengontrol rasa marahnya • Akan melakukan kegiatan ibadah sesuai jadwal yang sudah dibuat **S Keluarga :** Keluarga mengatakan akan tetap membantu pasien mengontrol perasaan marahnya dengan cara mengingatkan pasien berlatih sesuai jadwal. **O Pasien** : • Pasien menyebutkan cara ibadah yang biasanya dilakukan dan waktunya • Pasien mampu mengatakan kegiatan ibadah yang akan dilakukannya • Pasien mampu memasukkan kegiatan ibadah kedalam jadwal kegiatan hariannya **O Keluarga:** • Keluarga kooperatif dan turut mendampingi ketika perawat melatih pasien cara mengontrol perasaan marah dengan cara spiritual dan memberi pujian pada pasien

<table>
<tr><th>IMPLEMENTASI</th><th>EVALUASI</th></tr>
<tr><td>jadwal harian pasien

Keluarga:
• Melatih cara merawat dengan cara spiritual
• Mendiskusikan dengan keluarga tentang kondisi pasien yang perlu segera dibawa ke fasilitas layanan kesehatan
• Menjelaskan tentang proses rujukan

RTL :

Pasien:evaluasi kemampuan pasien
Keluarga: evaluasi kemampuan keluarga membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan
Tgl......pukul........</td><td>A :

Pasien dan keluarga mengenal cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual
P :

P Pasien:
• Mengontrol perasaan marahdengan beribadah sesuai waktu ibadah
• Patuh minum obat
• Melakukan cara nafas dalam, pukul kasur dan bantal, serta bicara yang baik sesuai dengan apa yang sudah dilatihkAndan sesuai jadwal

P Keluarga:
• Memotivasi dan mengingatkan pasien berlatih mengontrol perasaan marah sesuai jadwal dan menerapkan ketika marah, bantu minum obat

Perawat
• Melakukan kunjungan rumah tgl....... jam........</td></tr>
</table>

Latihan

1) Jelaskan faktor predisposisi dan presipitasi dari perilaku kekerasan
2) Jelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan
3) Jelaskan cara mengatasi perilaku kekerasan secara fisik, dan spiritual serta obat

Petunjuk Jawaban Latihan

1) Untuk menjawab pertanyaan no 1 pelajarilah kembali faktor predisposisi dan presipitasi dari perilaku kekerasan
2) Untuk menjawab pertanyaan no 2 pelajarilah kembali tanda dan gejala perilaku kekerasan
3) Untuk menjawab pertanyaan no 3 pelajarilah kembali mengenai cara mengatasi perilaku kekerasan secara fisik, spiritual dan obat dari perilaku kekerasan

Ringkasan

1. Proses terjadinya perilaku kekerasan disebabkan karena

   Faktor Predisposisi
   - Faktor Biologis karena faktor herediter yaitu adanya anggotakeluarga yang sering memperlihatkan atau melakukan perilaku kekerasan, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanyan riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA (narkoti, psikotropika dan zat aditif lainnya).
   - Faktor Psikologis
     Pengalaman marah merupakan respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan.Perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi.Frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu menemui kegagalan atau terhambat.
   - Faktor Sosiokultural
     Teori lingkungan sosial (*social environment theory*)menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah.Norma budaya dapat mendukung individu untuk berespon asertif atau agresif.Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi (*social learning theory).*

   Faktor Presipitasi :

   Faktor dari dalam individu meliputi kehilangan relasi atau hubungan dengan orang yang dicintai atau berarti (putus pacar, perceraian, kematian), kehilangan rasa cinta, kekhawatiran terhadap penyakit fisik, dll. Sedangkan faktor luar individu meliputi serangan terhadap fisik, lingkungan yang terlalu ribut, kritikan yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan.

2. Tanda dan Gejala

   Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dinilai dari ungkapan pasien dan didukung dengan hasil observasi.

   Data Subjektif:

   Ungkapan berupa ancaman, Ungkapan kata-kata kasar, Ungkapan ingin memukul/ melukai

   Data Objektif:

   Wajah memerah dan tegang, PAndangan tajam,Mengatupkan rahang dengan kuat, Mengepalkan tangan,Bicara kasar,Suara tinggi, menjerit atau berteriak, Mondar mandir, melempar atau memukul benda/orang lain
3. Asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan dimulai dari
   a. Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan jiwa yang terdiri atas pengumpulan data dan perumusan masalah.Dari kelompok data

yang terkumpul, baik data subjektif maupun data objektif, maka masalah dirumuskan.Selanjtnya dibuat daftar masalah keperawatan sesuai dengan pengkajian, menegakkan pohon masalah, dan menyimpulkan *core problem* (masalah utama) dan menegakkan diagnosis dilakukan berdasarkan prioritas

b. Membuat rencana tindakan keperawatan
c. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan dan melaksanakan terapi modalitas serta melaksanakan pemberian obat sesuai dengan instruksi dokter
d. Mengevaluasi keberhasilan pasien dan keluarga.
e. Menuliskan pendokumentasian pasien.

Tes2

1) Berikut adalah salah satu tAnda obyektif dari pasien dengan perilaku kekerasan….
   A. Muka memerah, suara keras dan tinggi
   B. Pasien mengatakan ingin memukul orang lain
   C. Keluarga mengatakan pasien baru saja merusak barang-barang dirumah
   D. Keluarga membuatkan jadwal kegiatan pasien sehari-hari
   E. Pasien mengatakan telah minum obat sesuai aturan

2) Keberhasilan tindakan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan untuk intervensi obat adalah: bila pasien mampu….
   A. Muka memerah, suara keras dan tinggi
   B. Pasien mengatakan ingin memukul orang lain
   C. Keluarga mengatakan pasien baru saja merusak barang-barang dirumah
   D. Keluarga membuatkan jadwal kegiatan pasien sehari-hari
   E. Pasien mengatakan telah minum obat sesuai aturan

3) Keberhasilan tindakan keperawatan bila keluarga mampu….
   A. Muka memerah, suara keras dan tinggi
   B. Pasien mengatakan ingin memukul orang lain
   C. Keluarga mengatakan pasien baru saja merusak barang-barang dirumah
   D. Keluarga membuatkan jadwal kegiatan pasien sehari-hari
   E. Pasien mengatakan telah minum obat sesuai aturan

4) Penyuluhan yang harus dilakukan perawat terhadap keluarga dalam merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan adalah kecuali….
   A. TAnda dan gejala kekambuhan pasien yang memerlukan rujukan segera ke RS atau puskesmas
   B. Pentingnya keteraturan kunjungan ke puskesmas atau RS
   C. Merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan

D. Mampu berinteraksi dengan pasien
E. TAnda dan gejala ketergantungan obat

5) Berikut ini adalah berbagai cara untuk mengontrol perilaku kekerasan kecuali….
A. Secara sosial/verbal: meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan cara baik
B. Secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur
C. Minum obat secara teratur
D. Secara spiritual: berdoa
E. Pergi ke dukun

Topik 3
Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Defisit Perawatan Diri

Mengapa pasien gangguan jiwa selalu berpenampilan tidak rapih, mamakai pakaian yang tidak sesuai, terlihat kotor, rambut acak-acakan tidak tersisir, gigi kotor, kulit yang hitam karena banyak daki (kotoran), bersisik, dan tercium bau yang tidak sedap dari tubuhnya. Pada saat makan mengapa pasien selalu makan berantakan dan terburu-buru. Apa yang menyebabkan pasien berpenampilan seperti itu? Saya ingin pasien saya seperti saya berpenampilan rapih, bersih, makan dengan tertib dan rapih, untuk itu saya harus memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri, sehingga jika pasien kembali keingkungan di rumah pasien telah mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Untuk mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri, maka pelajarilah Topik 3 ini dengan sebaik-baiknya.

A. KONSEP DASAR DEFISIT PERAWATAN DIRI

1. Pengertian

Herdman (2012) mendefinisi defisit perawatan diri sebagai suatu gangguan didalam melakukan aktifitas perawatan diri (kebersihan diri, berhias, makan, toileting). Sedangkan perawatan diri merupakan salah satu kemampuan dasar manusia untuk memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya.

2. Proses terjadinya masalah

Bagaimanakah seorang individu bisa mengalami masalah dalam perawatan diri? Berikut ini adalah faktor-faktor yang menyebabakan individu mengalami deficit perawatan diri, yaitu:

a. Faktor prediposisi
   1) Biologis, seringkali defisit perawaan diri disebabkan karena adanya penyakit fisik dan mental yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri dan adanya faktor herediter yaitu ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
   2) Psikologis, factor perkembangan memegang peranan yang tidak kalah penting hal ini dikarenakan keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu sehingga perkembangan inisiatif terganggu. Pasien gangguan jiwa mengalamai defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang sehingga menyebabkan pasien tidakpeduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.

3) Sosial. Kurangnya dukungan sosial dan situasi lingkungan mengakibatkan penurunan kemampuan dalam perawatan diri.

b. Faktor presipitasi

Faktor presiptasi yang dapat menimbulkan defisit perawatan diri adalah penurunan motivasi, kerusakan kognitif atau persepsi, cemas, lelah, lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala defisit perawatan diri dapat dinilai dari pernyataan pasien tentang kebersihan diri, berdandan dan berpakaian, makan dan minum, BAB dan BAK dan didukung dengan data hasil observasi

a. Data subjektif

Pasien mengatakan tentang :

- Malas mandi
- Tidak mau menyisir rambut
- Tidak mau menggosok gigi
- Tidak mau memotong kuku
- Tidak mau berhias/ berdandan
- Tidak bisa / tidak mau menggunakan alat mandi / kebersihan diri
- Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum
- BAB dan BAK sembarangan
- Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK
- Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar

b. Data objektif

- Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang,
- Tidak menggunakan alat-alat mandi pada saat mandi dan tidak mandi dengan benar
- Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan
- pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu, tidak mengkancingkan baju atau celana.
- Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian,mis memakai pakaian berlapis-lapis, penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Melepas barang-barang yang perlu dalam berpakaian, mis telajang.
- Makan dan minum sembarangan serta berceceran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu (menyiapkan makanan, memindahkan makanan ke alat makan (dari panci ke piring atau mangkok, tidak mampu menggunakan sendok dan tidak mengetahui fungsi alat-alat makan), memegang alat makan, membawa

makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman dan menghabiskan makanaan).

- BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu (menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB atau BAK.)

B. ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DEFISIT PERAWATAN DIRI

1. Pengkajian defisit perawatan diri

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi kepada pasien dan keluarga.

Tanda dan gejala defisit perawatan diri yang dapat ditemukan dengan **wawancara,** melalui pertanyaan sebagai berikut:

a. Coba ceritakan kebiasaan/ cara pasien dalam membersihkan diri?
b. Apa yang menyebabkan pasien malas mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan,menggunting kuku?
c. Bagaimana pendapat pasisen tentang penampilan dirinya? Apakah pasien puas dengan penampilan sehari-hari pasien?
d. Berapa kali sehari pasien menyisir rambut , berdAndan, bercukur (untuk laki-laki) secara teratur?
e. Menurut pasien apakah pakaian yang digunakan sesuai dengan kegiatan yang akan dilakukan
f. Coba ceritakan bagaimana kebiasaaan pasien mandi sehari-hari ? peeralatan mandi apa saja yang digunakan pasien ?
g. Coba ceritakan bagaimana kebiasaan makan dan minum pasien ?
h. Menurut pasien apakah alat makan yang digunakan sesuai dengan fungsinya ?
i. Coba ceritakan apa yang pasien lakukan ketikan selesai BAB atau BAK ?
j. Apakah pasien membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK?
k. Tanyakan mengenai pengetahuan pasien mengenai cara perawatan diri yang benar

Tanda dan gejala defisit perawatan diri yang dapat ditemukan melalui observasi adalah sebagai berikut :

a. Gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor.
b. Ketidakmampuan berhias/berdandan, ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, pada pasien wanita tidak berdandan.
c. Ketidakmampuan makan dan minum secara mandiri, ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makan dan minum sendiri, makan berceceran, dan makan tidak pada tempatnya.

d. Ketidakmampuan BAB dan BAK secara mandiri, ditAndai dengan BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB dan BAK.

Data hasil observasi dan wawancara didokumentasikan pada kartu status pasien di Contoh pendokumentasian hasil pengkajian sebagai berikut:

Data : Pasien mengatakan belum mandi, rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor.Rambut acak-acakan,tidak disisir, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, makan dan minum diambilkan oleh keluarga, makan berceceran, dan tidak pada tempatnya. Tidak menyiram dan membersihkan diri setelah BAB dan BAK .

2. Diagnosis Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan tAnda dan gejala defisit perawatan diri yang ditemukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tAnda dan gejala defisit perawatan diri, maka diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah

Defisit perawatan diri : Kebersihan diri,berdAndan, makan dan minum, BAB dan BAK

3. Tindakan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Tindakan keperawatan defisit perawatan diri dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat memberikan pelayanan di rumah sakit (bila ada pasien dikunjungi atau didampingi keluarga), puskesmas atau kunjungan rumah, maka perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui pasien. Bersama keluarga, perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien dan keluarga. Setelah itu, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian dan melatih cara untuk mengatasi defisit perawatan diri yang dialami pasien.

Setelah perawat selesai melatih pasien, maka perawat kembali menemui keluarga dan melatih keluargauntuk merawat pasien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu keluarga lakukan yaitu untuk membimbing pasien melatih kemampuan mengatasi defisit perawatan diri yang telah diajarkan oleh perawat.

Tindakan keperawatan untuk pasien dan keluarga dilakukan pada setiap pertemuan, minimal empat kali pertemuan hingga pasien dan keluarga mampu mengatasi defisit perawatan diri.

a. **Tindakan Keperawatan untuk Pasien Defisit Perawatan Diri**

Tujuan: Pasien mampu:

1) Membina hubungan saling percaya

2) Melakukan kebersihan diri secara mandiri
3) Melakukan berhias/berdAndan secara baik
4) Melakukan makan dengan baik
5) Melakukan BAB/BAK secara mandiri

b. Tindakan Keperawatan untuk Pasien Defisit Perawatan Diri

1) Membina hubungan saling percaya dengan cara:
   - Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
   - Berkenalan dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien
   - Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
   - Buat kontrak asuhan: apa yang akan dilakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya di mana.
   - Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
   - Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap pasien
   - Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan
2) Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri
   Untuk melatih pasien dalam menjaga kebersihan diri , perawat dapat melakukan tahapan tindakan yang meliputi:
   - Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri.
   - Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
   - Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri.
   - Melatih pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri.
3) Melatih pasien berdandan/berhias
   Untuk pasien laki-laki latihan meliputi :Berpakaian, Menyisir rambut dan Bercukur
   Untuk pasien wanita, latihannya meliputi :Berpakaian, Menyisir rambut dan Berhias
4) Melatih pasien makan dan minum secara mandiri
   Untuk melatih makan dan minum pasien, perawat dapat melakukan tahapan sebagai berikut:
   - Menjelaskan kebutuhan (kebutuhan makan perhari dewasa 2000-2200 kalori (untuk perempuan) dan untuk laki-laki antara 2400-2800 kalori setiap hari makan minum 8 gelas (2500 ml setiap hari) dan cara makan dan minum
   - Menjelaskan cara makan dan minum yang tertib.
   - Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan dan minum setelah makan dan minum
   - Mempraktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik

5) Mengajarkan pasien melakukan BAB dan BAK secara mandiri
Perawat dapat melatih pasien untuk BAB dan BAK mandiri sesuai tahapan berikut:
- Menjelaskan tempat BAB dan BAK yang sesuai
- Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
- Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK
- Mempraktikkan BAB dan BAK dengan baik

c. Tindakan Keperawatan untuk Keluarga Pasien Defisit Perawatan Diri
Keluarga diharapkan dapat merawat pasien defisit perawatan diri di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien
Tujuan: Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami defisit perawatan diri
Tindakan keperawatan
1) Mendiskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien defisit perawatan diri
2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri dan mengambil keputusan merawat pasien
3) Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien untuk menjaga perawatan diri pasien.
4) Latih keluarga cara merawat dan membimbing kebersihan diri, berdAndan, makan dan minum, BAB dan BAK pasien
5) Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung perawatan diri pasien
6) Mendiskusikan tAnda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan.
7) Menganjurkan *follow up* ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

4. Evaluasi Kemampuan Pasien dan Keluarga Dalam Defisit Perawatan Diri

a. Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan ditandai dengan peningkatan kemampuan pasien dalam perawatan diri, seperti
1) Klien mampu melakukan mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan menggunting kuku dengan benar dan bersih
2) Mengganti pakaian dengan pakaian bersih
3) Membereskan pakaian kotor
4) Berdandan dengan benar
5) Mempersiapkan makanan
6) Mengambil makanan dan minuman dengan rapi
7) Menggunakan alat makan dan minum dengan benar
8) BAB dan BAK pada tempatnya
9) BAB dan BAK air kecil dengan bersih.

b. Evaluasi kemampuan keluarga defisit perawatan diri berhasil apabila keluarga dapat :
1) Mengenal masalah yg dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri)
2) Menyediakan fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien
3) Merawat dan membimbing pasien dalam merawat diri : kebersihan diri , berdandan (wanita), bercukur (pria), makan dan minum, BAB dan BAK.
4) *Follow up* ke Puskesmas, mengenal tanda kambuh dan rujukan.

5. Dokumentasi

Pendokumentasian dilakukan setiap selesai melakukan pertemuan dengan pasien dan keluarga (pelaku rawat). Berikut ini contoh pendokumentasian asuhan keperawatan defisit perawatan diri pada kunjungan keempat

Tabel 6.7
Dokumentasi Keperawatan

IMPLEMENTASI	***EVALUASI***
12November 2015 pkl. 10.00 **Data:** **Data pasien dan kemampuan** Pasien tampak bersih, badan dan rambut bersih dan tidak bau, rambut sudah disisir rapi , wajah menggunakan bedak, kuku pendek dan bersih, gigi bersih dan tidak bau. Pakaian bersih dan sesuai, dapat mengambil makan sendiri, makan pada tempatnya Kemampuan pasien Mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas sudah 1x, gunting kuku 1x seminggu, berdAndan dan berpakaian, makan dan minum (semua kegiatan dilakukan secara mandiri) Pasien mengatakan kadang masih suka BAK sembarangan. **Data keluarga dan kemampuan** Keluarga mengatakan sudah mengetahui apa itu kebersihan diri,kurang perawatan diri, tanda dan gejala serta proses terjadinya masalah. Keluarga mampu melatih dan	**S :Pasien** • Pasien mengatakan sudah melakukan mandi sehari 2 kali, , sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu), Berdandan dan mengganti pakaian dua kali sehari sehabis mandi pagi dan sore, makan 3 kali sehari dan minum 6-8 gelas sehari. BAB dan BAK dikamar mandi **S : keluarga** 1. Keluarga mengatakan anaknya dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal 2. Keluarga mengatakan senang dapat membimbing anaknya untuk melakukan kebersihan diri. 3. Keluarga mengatakan akan terus memotivasi anaknya untuk melakukan sesuai jadwal 4. Keluarga mengatakan akan berobat rutin ke puskesmas dan mencegah agar anaknya tidak kambuh lagi **O: Pasien** 1. Pasien tampak bersih, badan dan rambut bersih dan tidak bau, rambut sudah disisir rapi , wajah menggunakan bedak, kuku pendek dan bersih, gigi

IMPLEMENTASI	*EVALUASI*
membimbing pasien cara melakukan perawatan diri, berdandan,berpakaian makan/minum . **DK**: Defisit perawatan diri Intervensi: **Tindakan ke pasien** Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian Jelaskan cara BAB dan BAK yang baik, melatih BAB dan BAK yang baik , memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum dan BAB dan BAK **Tindakan ke keluarga** Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian, membimbing keluarga BAB dan BAK pasien. jelaskan follow up ke PKM, tanda kambuh, rujukan, Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian **RTL:** **Pasien** Melakukan kebersihan diri sesuai jadwal **Keluarga** Memotivasi dan membimbing untuk melakukan kebersihan diri sesuai jadwal. Follow up ke puskesmas dan pencegahan kekambuhan	bersih dan tidak bau. Pakaian bersih dan sesuai, dapat mengambil makan sendiri, makan pada tempatnya, BAB dan BAK dikamar mandi, membersihkan diri setelah BAB dan BAK dan menyiram WC setelah BAB dan BAK. 2. pasien Mandi 2x sehari ,dilakukan sendiri , gosok gigi 2x sehari(mandiri), keramas sudah 1x (mandiri) gunting kuku 1x seminggu (mandiri) ,berdandan (mandiri) dan berpakaian (mandiri), makan dan minum (mandiri), BAB dan BAK (mandiri) **O: Keluarga** 1. Keluarga tampak melatih dan membimbing cara merawat kebersihan diri dan berdandan dan makan dan minum , BAB dan BAK terhadap anaknya 2. Keluarga kooperatif 3. Keluarga mengerti tanda-tanda kekambuhan dan control teratur ke puskesmas **A:** Pasien mampu melakukan kebersihan diri, berdandan dan berpakaian, makan dan minum, BAB dab BAK. **P:** **P untuk pasien** Pasien mandi sehari 2 kali, , sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu), Berdandan dan mengganti pakaian dua kali sehari sehabis mandi pagi dan sore, makan 3 kali sekali dan minum 8 gelas sehari. BAB dan BAK ditempatnya. **P . Keluarga** Memotivasi dan membimbing pasien sesuai dengan jadwal : mandi sehari 2 kali, , sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu), Berdandan dan mengganti pakaian dua kali sehari sehabis mandi pagi dan sore , makan 3x

IMPLEMENTASI	EVALUASI
	sehari dan minum 8 gelas perhari, BAB dan BAK ditempatnya , Berobat membawa anaknya ke puskesmas secara teratur. Merujuk ke puskesmas bila ada tanda-tanda kekambuhan

Latihan

1) Coba Anda jelaskan pengertian defisit perawatan diri ?
2) Jelaskan prinsip intervensi keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri?

Petunjuk Jawaban Latihan

1) Untuk menjawab pertanyaan no 1 pelajarilah kembali kembali definisi defisit perawatan diri
2) Untuk menjawab pertanyaan no 2 pelajarilah kembali prinsip intervensi keperawatan pada pasien dengan definisi defisit perawatan diri

Ringkasan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan jiwa yang terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan. Setelah data dikelompokkan baik data subjektif maupun data objektif, maka masalah dirumuskan dan membuat daftar masalah keperawatan, membuat pohon masalah, dan menegakkan diagnosis keperawatan dengan menetapkan core problem (masalah utama).

Langkah selanjutnya setelah menegakkan diagnosiskeperawatan adalah:

1. Membuat rencana tindakan keperawatan
2. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan dan melaksanakan terapi modalitas serta melaksanakan pemberian obat sesuai dengan instruksi dokter
3. Mengevaluasi keberhasilan pasien dan keluarga.
4. Menuliskan pendokumentasian pasien sesuai dengan format yang ada.

Tes3

1) Tanda dan gejala kebersihan diri dapat ditemukan melalui observasi adalah
   A. Rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor.
   B. Rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai,.
   C. Tidak mampu mengambil makan dan minum sendiri dan makan berceceran.
   D. BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri dengan baik setelah

2) Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan ditandai dengan peningkatan kemampuan pasien dalam perawatan diri, seperti
   A. Klien mampu melakukan mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan menggunting kuku dengan benar dan bersih
   B. Mengganti pakaian dengan pakaian bersih
   C. Membereskan pakaian kotor
   D. Benar semua

3) Evaluasi kemampuan keluarga defisit perawatan diri berhasil apabila keluarga dapat.... kecuali :
   A. Mengenal masalah yg dirasakan dalam merawat pasien
   B. Menyediakan fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien
   C. Mengajak pasien kesalon kecantikan
   D. *Follow up* ke Puskesmas, mengenal tanda kambuh dan rujukan.

4) Data subjektif pasien dengan defisit perawatan diri adalah...kecuali
   A. Pasien mengatakan tentang Malas mandi
   B. Pasien Tidak mau menyisir rambut
   C. Gigi bersih
   D. Klien mengatakan sayang kalau kuku dipotong suster

5) Data Obyektif pasien dengan defisit perawatan diri adalah...
   A. Pasien mengatakan tentang Malas mandi
   B. Pasien Tidak mau menyisir rambut
   C. Gigi bersih
   D. Klien mengatakan sayang kalau kuku dipotong suster

Kunci Jawaban Tes

Tes 1	*Tes 2*	*Tes 3*
6) D	6) A	1) A
7) B	7) E	2) D
8) A	8) D	3) C
9) E	9) D	4) C
10) A	10) E	5) C

Daftar Pustaka

Herdman, T.H. (2012). *NANDA International Nursing Diagnoses Definition and Classification*, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell

Keliat, B.A., dkk. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN - Basic Course).* Jakarta: EGC

Stuart,G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th edition. Missouri: Mosby